

תאריך _____

למילוי ע"י רופא/ה בתחום המומחיות הרלוונטי להתוויה הרפואית לטיפול בקנביס רפואי, ע"פ דרישת משרד הבריאות

שם המטופל/ת	ת"ז

- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת הופיע/ה בפניי וכי זיהיתי אותו/ה על פי תעודה מזהה רשמית.
- אני מצהיר/ה כי ערכתי למטופל/ת בדיקה רפואית וכי תיעדתי את המפגש ברשומה הרפואית של המטופל/ת.
- אני מצהיר/ה כי ההתוויה שבעטיה ניתנה המלצתי היא בתחום מומחיותי.
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת התחייב/ה בפניי להגיע אליי למעקב רפואי סדיר וזאת כל עוד הוא/היא מחזיק/ה ברישיון תקף. אני מתחייב/ת לבצע מעקב רפואי במהלך תקופת הטיפול ולדיווח במקרה הצורך או על פי דרישה מהיק"ר.
- הוסבר למטופל/ת כי המידע הקיים בספרות לגבי בטיחות ויעילות הטיפול בקנביס רפואי הנו מידע מוגבל, בפרט ביחס לטיפול ממושך.
- הוסבר למטופל/ת כי חל איסור על נהיגה תחת השפעה של קנביס.
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת התחייב/ה בפניי שכל שימוש בקנאביס יעשה לשימוש אישי בלבד, ולא ישמש למטרות שאינן מפורטות ברישיון או בחומר הרפואי הרלוונטי והמלצת הרופא המטפל.
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת נתן/ה בפניי את הסכמתו/ה להעברת כל מידע רלוונטי לבקשה לכל גורם מוסמך לצורך בירור הבקשה וכן לצוות היחידה לקנביס רפואי במשרד הבריאות (היק"ר). המטופל/ת הצהיר/ה בפניי כי הוא/היא מאשר/ת למחלקה למידע והערכה במשרד הבריאות, למסור מידע על אשפוזים פסיכיאטרים שעבר/ה ככל שהיו.
- הבאתי לידיעת המטופל/ת כי מתן המלצה לטיפול בקנביס רפואי אינו מהווה סיום התהליך וכי עלי/ה להשלים ולהגיש את כלל המסמכים הנדרשים. הבקשה תידון רק לאחר קבלת כל המסמכים.
- בהתאם למכלול הנתונים הרפואיים של המטופל/ת הנ"ל שבאחריותי, האבחנות, הטיפול התרופתי לרבות הקנאביס:
 - קיימת לפי שיקול דעתי חובת דיווח למרב"ד - כן/לא
 - קיימת לפי שיקול דעתי חובת דיווח למשרד הפנים לעניין נשיאת נשק - כן/לא
- הגשתי "הודעת מטפל/ת" בהתאם.
- לאור כלל המידע הרפואי של המטופל/ת שהוצג בפניי, לרבות ההיסטוריה הרפואית של המטופל/ת אני ממליץ/ה על טיפול בקנביס למטופל/ת כמפורט ברשומה הרפואית.

פרטי הרופא הממליץ/ה

שם פרטי ומשפחה _____ מס' רישיון _____ חתימה וחותמת _____