



הצהרת רופא להמלצה לשימוש בקנאביס רפואי.

שם המטופל: _____ ת.ז. _____

סעיפים:

- הוסבר למטופל/ת כי אין לנו מידע לגבי תופעות לוואי לטווח ארוך של שימוש בקנאביס.
- הוסבר למטופל/ת כי אסור לנהוג ברכב או באופנוע שהוא בהשפעת קנאביס.
- הוסבר למטופל/ת כי המלצתי ללא צירוף שאר המסמכים הדרושים לא תעזור לו.
- אני מצהיר/ה כי המטופל הזדהה בפניי באמצעות תעודה מזהה.
- אני מצהיר כי ערכתי בדיקה למטופל/ת ותעדתי את הביקור.
- אני מצהיר כי המלצתי בנוגע להתווית המטופל עוסקת בתחום מומחיותי.
- אני ממליץ/ה לאחר המסמכים שהוצגו בפניי על התחלת טיפול בקנאביס רפואי.
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת התחייב להגיע אליי למעקב סדיר במהלך תוקף הרישיון.
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת נתן/ה בפניי את הסכמתו/ה שכל גורם רפואי יעביר למנהל לפי פקודת הסמים המסוכנים ולפועלים מטעמו ובכלל זה צוות היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות (היק"ר) כל מידע רלוונטי לבקשה אודותיו/ה המצוי ברשותם.
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת התחייב/ה בפניי שהסם לא ישמש למטרות שאינן מפורטות ברישיון שלו.
- אני מצהיר/ה כי כל הפרטים הנ"ל נכונים.

פרטי הרופא המומחה:

שם מלא: _____ מס' רישיון _____ חתימה _____

פרטי התקשרות לשליחת מסמכים:

ווטסאפ – 051-6955290 | מייל - green.lic00@gmail.com