

## EMERGENCY PROTOCOL ACKNOWLEDGMENT AND CONTACT AGREEMENT

אישור נהלי חירום והסכם ליצירת קשר במצב חירום

English (EN)	Hebrew (HE)
Patient Name: _____	שם המטופל/ת: _____
Date of Birth: _____	תאריך לידה: _____
Clinician: Dr. Andrew Dror Rosenbach, M.D.	רופא מטפל: ד"ר אנדרו דרור רוזנברך

### 1. Purpose of This Agreement

#### 1. מטרת ההסכם

EN	HE
This form outlines the emergency safety procedures and contact agreements that apply during your course of treatment, including in-home ketamine-assisted psychotherapy sessions.	טופס זה מפרט את הנהלים למקרה חירום וההסכמות הנדרשות במהלך הטיפול, לרבות טיפולי קטמין הניתנים בבית המטופל/ת.

### 2. Emergency Response Conditions

#### 2. תנאים המחייבים תגובה חריגה

EN	HE
If you experience a medical emergency (e.g., difficulty breathing, loss of consciousness) or a severe psychological crisis (e.g., suicidal ideation, acute psychosis), emergency services (MADA / 101) will be contacted immediately.	במידה וחלה מצוקה רפואית (כגון קושי בנשימה, אובדן הכרה) או משבר פסיכולוגי חמור (כגון מחשבות אובדניות, פסיכוזה חריפה) – שירותי החירום (מד"א / 101) יוזעקו באופן מיידי.

### 3. Contact Information Requirement

#### 3. דרישת פרטי קשר

EN	HE
You agree to provide at least one emergency contact person who may be notified in the event of a medical or psychiatric crisis.	הנך מתחייב/ת לספק פרטי איש קשר לחירום אשר יוכל/תוכל להתעדכן במקרה של מצב רפואי או נפשי חמור.
EN	HE
Primary Emergency Contact Name: _____	שם איש הקשר העיקרי לחירום: _____
Phone: _____	טלפון: _____
Relationship to Patient: _____	הקשר למטופל/ת: _____

#### 4. Client Responsibilities

##### 4. אחריות המטופל/ת

EN	HE
You agree to notify the clinician if you experience any significant changes in mental or physical health during the treatment period.	הנך מתחייב/ת לעדכן את הרופא בכל שינוי משמעותי במצב הבריאותי או הנפשי במהלך תקופת הטיפול.

#### 5. Clinician Limitations

##### 5. מגבלות המטפל/ת

EN	HE
While your clinician will take all reasonable measures to ensure your safety, there is no 24/7 availability. For urgent or life-threatening situations, you must contact local emergency services.	הרופא יעשה כל מאמץ סביר לשמור על בטחונך, אך אין זמינות מלאה 24/7. במצבים דחופים או מסכני חיים – חובה לפנות לשירותי החירום המקומיים.

#### 6. Acknowledgment and Signature

##### 6. אישור והצהרה

EN	HE
<input type="checkbox"/> I understand and accept the emergency protocol and contact procedures described above.	<input type="checkbox"/> אני מבין/ה ומקבל/ת את הנהלים וההסכמות ליצירת קשר במצב חירום כפי שתוארו לעיל.
<input type="checkbox"/> I have provided accurate and up-to-date emergency contact information.	<input type="checkbox"/> סיפקתי פרטי קשר לחירום עדכניים ומדויקים.

| Patient Signature: \_\_\_\_\_ | חתימת המטופל/ת:

\_\_\_\_\_ |

| Date: \_\_\_\_\_ | תאריך: \_\_\_\_\_ |

| Clinician Signature: \_\_\_\_\_ | חתימת הרופא/ה:

\_\_\_\_\_ |