

## בקשה לקבלת מידע רפואי בפקס/דוא"ל כאשר המטופל מתקשר

(טופס זה יהיה בתוקף בתנאי שמולא ע"י המטופל עצמו ויחזור בפקס/מייל בצירוף צילום ת.ז.)

על פי הנהלים של בית החולים, מידע רפואי נשלח אליך בדואר בלבד.  
במידה ותרצה לקבל את המידע באמצעי אחר, אנא מלא טופס זה.

אני הח"מ (שם מלא): \_\_\_\_\_ בעל ת.ז. מס': \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

מבקש לקבל את המידע הרפואי (ימולא ע"י המטופל):

זימון למרפאת \_\_\_\_\_

זימון לניתוח במחלקה \_\_\_\_\_

באחת הדרכים הבאות:

מכשיר פקס, שמספרו: \_\_\_\_\_

פקס ממוחשב (פקס למייל), שמספרו: \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני (מייל): \_\_\_\_\_

לתשומת לב:

- מידע המוגדר כ"חסוי ביותר" ניתן לשלוח רק בפקס (שאינו ממוחשב) או בדואר רשום.  
מידע המוגדר כ"חסוי ביותר" הינו כזה הנוגע ל: פסיכיאטריה, התמכרויות וסמים, הפסקות הריון, בדיקות גנטיות ונתונים גנטיים, בדיקות קשרי משפחה, תרומות זרע, תרומת ביציות, טיפולי פוריות, אימוץ, מקרי אונס או תקיפה מינית, מחלות מין, HIV, אלימות במשפחה.
- על פי הנחיות משרד הבריאות, תיעוד רפואי אחר יימסר דרך המחלקה לרישום ולמידע רפואי בלבד.

אני החתום מטה, מבין שהעברת מידע באמצעות האמצעים לעיל, הינה באחריותי המלאה ולא תהיה לי כל טענה כנגד בית החולים ו/או צוות בית החולים, במידה והמידע הנ"ל יגיע לידי גורם אחר, דרך ערוץ התקשורת בו בחרתי.

תאריך	מס טלפון נייד	שם מלא	חתימה

לשימוש פנימי :

תאריך משלוח המידע למטופל: \_\_\_\_\_ שם השולח: \_\_\_\_\_

\*לשמירה בתיק המטופל