

כתב ויתור על סודיות רפואית לבקשת שליחת מידע רפואי בדואר

סימוכין: חוזר מנהל רפואה 15/2003

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/ או לעובדכם ו/ או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לי בדואר רשום, את המסמכים הבאים:

מלוא הרשומה הרפואית, הסיעודית והפארא-רפואית השמורה במוסדכם, בכל התחומים, כולל רשומה פסיכיאטרית, במידה וקיימת.

חתימה

מלוא הרשומה הרפואית, הסיעודית והפארא-רפואית השמורה במוסדכם למעט מידע על (נא לפרט)

חתימה

מידע רק על (נא לפרט)

חתימה

והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/ או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/ או מחלותי כפי שסימנתי בטופס זה, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/ או חוק זכויות החולה בעניין סודיות רפואית ו/ או כל דין אחר.

❖ יש לצרף צילום ת.ז.

פרטי המבקש (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי):

שם המשפחה _____ שם פרטי _____ מ.ב. _____ / מספר תעודת זהות _____

כתובת _____

תאריך _____ / _____ / _____ חתימה _____

פרטי העד לחתימה (עד מאמת) - (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג)

שם המשפחה _____ שם פרטי _____ מ.ב. _____ / מספר תעודת זהות _____

הכתובת _____ מספר רישיון _____

מקצוע _____ חותמת _____ חתימה _____

