

כתב ויתור על סודיות רפואית

סימוכין : אמות מידה לניהול רשומת מטופל במערכת הבריאות 9/2019

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/ או לעובדכם ו/ או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור

ל:

(להלן: "המבקש") את המסמכים הבאים (יש לסמן את האפשרויות הרלוונטיות):

מלוא הרשומה הרפואית, הסיעודית והפארא-רפואית השמורה במוסדכם, בכל התחומים, לרבות מידע גנטי

ומידע על טיפולים פסיכיאטריים.

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, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/ או חוק זכויות החולה בעניין סודיות רפואית ו/ או כל דין אחר.

כתב ויתור זה יהיה בתוקף עד לתאריך: _____/_____/_____

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

שם המשפחה _____ שם פרטי _____ מספר תעודת זהות _____/_____

כתובת

תאריך _____/_____/_____ חתימה _____

פרטי העד לחתימה (עד מאמת) - (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח)

במקרים בהם קיים קושי לאתר עד לחתימה יש לצרף צילומי ת.ז של המבקש ובא כוחו.

שם המשפחה _____ שם פרטי _____ מספר תעודת זהות _____/_____

מקצוע _____ מספר רישיון _____

הכתובת

חתימה

חותמת