



כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות ל _____
ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, למסור ל _____
(להלן: "המבקש") או מי מטעמו, את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או
שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי (מחק את המיותר), או פרטים
על _____ (פירוט), / כולל מידע גנטי, ובאופן שיידרש על ידי המבקש, 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 מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר
הנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

סייגים למידע שניתן למסור: _____

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או אדם שמונה לו אפוטרופוס יש לוודא שהחתום הינו האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

כתובת: _____ מספר טלפון _____ תאריך _____ חתימה _____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך _____

פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברשיון, רשם מידע רפואי או מינהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק וסוכן
ביטוח), כמפורט בדוגמה לטופס המצ"ב בנספח ג' לחוזר זה, ולחילופין העתק תעודה מזהה של המטופל או (במקרים בהם קיים
קושי לאתר עד לחתימה) - צירוף צילום תעודה מזהה של המבקש החתום על כתב ויתור סודיות.

שם משפחה _____ שם פרטי _____

כתובת ליצירת קשר _____ מס' טלפון _____

מספר רישיון/חותמת _____ חתימה _____

תיאור החומר הנמסר _____

שם וחתימת המקבל _____ תאריך קבלת/ שליחת החומר _____