

ויתור סודיות רפואית

تنازل عن السرية الطبية

א. تفاصيل المؤمنة

שם פרטי\الاسم الشخصي	מס' ת.ז.\رقم الهوية	שם משפחה\اسم العائلة
רחוב\الشارع	מס' בית\رقم البيت	יישוב\البلدة
מלאן פרטי\العنوان الشخصي		

אני המועד/אדנה أعطي بهذا لإخدمات الصحة الشاملة – "כללית" וא/או לעמליה וא/או לכל من يعمل من قبلها או بتקליף منها بتסלימ

فيما يلي: "مقدم الطلب"،

جميع التفاصيل، بلا استثناء، وبالطريقة التي يرتئها مقدم الطلب، وأو عن وضعي الصحي، وأو عن أي مرض أصبت به في السابق، وأو أنا مصاب به الآن، وأو سأصاب به في المستقبل وأو تفاصيل عن

وإنني أعفيكم وأو أعفي عاملكم وأو كل من يعمل من قبلكم أو بتكليف منكم، من واجب الحفاظ على السرية الطبية، في جميع ما يتعلق بوضعي الصحي وأو أمراضي المذكورة أعلاه، وإنني أتنازل عن هذه السرية تجاه مقدم الطلب، ولن يكون لي تجاهكم أي ادعاء أو دعوى من أي نوع كان، فيما يتعلق بالمذكور أعلاه.

وإن كتاب التنازل هذا سيكون ساري المفعول حتى تاريخ _____.

תאריך\التاريخ _____، מקום החתימה\مكان التوقيع _____، חתימה\التوقيع _____

ב. تفاصيل الشاهدة على التوقيع

שם פרטי\الاسم الشخصي	מס' עובד\رقم العامل	מס' ת.ז.\رقم الهوية	שם משפחה\اسم العائلة
מפקיד\الوظيفة		מרפאה\בי"ח\العيادة\المستشفى	

חתימה\التوقيع _____