

Для

Больничной кассы «Клалит»

ויתור על סודיות רפואית

Отказ от права на врачебную тайну

1. Данные клиента / פרטי המבוטח/ת

Фамилия שם משפחה		Имя שם פרטי	Номер у.л. מספר הזהות
Адрес проживания מען פרטי	Улица רחוב	дом № מספר בית	Город יישוב

Я, нижеподписавшийся(аяся), настоящим даю разрешение Больничной кассе «Клалит» и/или её сотрудникам и/или всем её представителям или уполномоченным лицам передавать _____

(далее: «Запрашивающий») любые, без исключения, данные, и в той форме, в которой потребует Запрашивающий, касательно состояния моего здоровья и/или любого перенесенного в прошлом заболевания, а также касательно текущего заболевания и/или заболеваний в будущем и/или данные о _____

И я освобождаю вас и/или ваших работников и/или всех ваших представителей и/или уполномоченных от обязанности соблюдения конфиденциальности медицинской информации и врачебной тайны в отношении всего, что касается состояния моего здоровья и/или вышеупомянутых заболеваний, отказываюсь от права на врачебную тайну и согласен(на) на передачу медицинской информации Запрашивающему, и у меня не будет никаких претензий или требований к вам в связи с вышеизложенным.

Данное отказ от права на врачебную тайну действительно до _____.

תאריך/Дата

Дата _____/ Место подписания _____/ Подпись _____/
תאריך מקום החתימה חתימה

2. Данные свидетеля подписания / פרטי העד/ה לחתימה

Фамилия שם משפחה	Имя שם פרטי	Номер сотрудника מספר העובד	Номер у.л. מספר הזהות
Должность תפקיד		Поликлиника/Больница מרפאה/בית חולים	

Подпись/חתימה: _____/