



**המחלקה לרישום ומידע רפואי - תיעוד רפואי**

טלפון : 04-8250763

קבלת קהל בימים א-ה בשעות 8:30-12:30

**בקשה להעתק מסמכים רפואיים**

שם מלא של המבקש: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מיקוד	ת.ד.	עיר	מס' בית	רחוב
_____	_____	_____	_____	_____

מס' טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף (לא חובה): \_\_\_\_\_

הבקשה היא עבור מסמכים:

שלי  של אדם אחר - שם מלא: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

לצורך: \_\_\_\_\_

המסמכים המבוקשים: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מבקש קבלת המסמכים באמצעות:

דואר רשום  איסוף עצמי מהמחלקה

דוא"ל מאובטח לכתובת: \_\_\_\_\_

- ידוע לי כי כל עוד לא אשר את פרטי ההסכמה בחתימתי, לא ניתן יהיה להעביר לי את התשובה באמצעים מקוונים אלא בדואר רשום בלבד.
- ידוע לי כי מרגע שהגיע אלי המידע הרגיש בדואר או באמצעים מקוונים שהסכמתי להם, הנני אחראי על אבטחת המידע, שהגיע אלי בהודעה, ולא תהיה לי כל תלונה או תביעה, כנגד שירותי בריאות כללית בנושא.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_