

**טופס הסכמה לקבלת תשובת מעבדה/סיכום ייעוץ גנטי/הוראה רפואית בדואר /אמצעים מקוונים**

הנני מבקש/ת לקבל תשובת מעבדה ו/או דימות/סיכום ייעוץ גנטי/הוראה רפואית שבוצעו על ידי ד"ר \_\_\_\_\_ ואשר ימסרו לי על ידו או על ידי רופא/יועצת לגנטיקה/אחר מצוות המרפאה לגנטיקה,

באמצעות אחת/יותר מהאפשרויות שלהלן:

- באמצעות האפליקציה ו/או שירותי ה-ON-LINE של כללית (לבדיקות סקר גנטי בלבד).
  - באמצעות דוא"ל מאובטח \_\_\_\_\_.
  - להלן מס' טלפון נייד לקבלת סיסמה \_\_\_\_\_
  - באמצעות פקס מספר \_\_\_\_\_
  - באמצעות דואר רגיל \_\_\_\_\_ לכתובת: \_\_\_\_\_
  - באמצעות דואר רשום (ברירת המחול) \_\_\_\_\_ לכתובת: \_\_\_\_\_
- הובהר לי כי במידה שיש לי שאלות לגבי תוצאות הבדיקה ומשמעותן עלי לפנות אל הרופא המטפל.
  - הובהר לי כי אהיה רשאי/ת לפנות אליכם בכל עת בבקשה לבטל או לשנות אישור זה.
  - בהסכמתי לאופן קבלת המסמכים והמידע הרפואי, כפי בחירתי לעיל, אני מאשר שידוע לי כי שירותי בריאות כללית ו/או עובדיה ו/או מי שפועל מטעמה ו/או בשליחותה אינם נושאים בכל אחריות לתשתית המקוונת ו/או לאופן העברת המידע בכל אמצעי אחר בו בחרתי ואני פוטר אותם מכל חבות ו/או אחריות מכל סוג שהוא ולא תהיינה לי אליהם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות כלשהן בגין פגיעה בפרטיות ו/או בסודיות הרפואית.

תאריך \_\_\_\_\_ שם ומשפחה \_\_\_\_\_

כתובת מגורים \_\_\_\_\_

מספר טלפון ליצירת קשר במידת הצורך: \_\_\_\_\_

ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**במקרה של קטין/ פסול דין**

שם האפוטרופוס (שם מלא): \_\_\_\_\_ מספר ת.ז: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

מספר טלפון של האפוטרופוס ליצירת קשר במידת הצורך: \_\_\_\_\_