

כתב ויתור סודיות רפואית

לכבוד המוסד הרפואי _____

א.ג.

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל -
להלן: "המבקש", 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 שידרש 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 לנ"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 חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפטרופוס החוקי).

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות
_____	_____	_____
כתובת	מס' טלפון	_____
_____	_____	_____

תאריך _____ חתימה _____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

פרטי העד לחתימה: (רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברישיון, רשם מידע רפואי או מינהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות
_____	_____	_____
כתובת	מס' רשיון	_____
חותמת	חתימה	_____
_____	_____	_____

תאור החומר הנמסר

שם וחתימת המקבל _____ תאריך קבלה/ שליחת החומר _____