**הסכמה לקבלת תשובת מעבדה / בדיקה, הסכמה לקבלת**

**הוראה רפואית –בדואר רגיל / אמצעים מקוונים – כולל מסמכים פסיכיאטרים**

הנני מבקש לקבל תשובת מעבדה או דימות / הוראה רפואית שבוצעו בהוראת ד"ר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ואשר יימסרו לי על ידו או על ידי רופא / אחות אחר מצוות המרפאה, באמצעים שלהלן. יובהר כי :

|  |  |
| --- | --- |
|  | באמצעות מסרוןSMS לטלפון מספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | באמצעות הודעה טלפונית לטלפון מספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | באמצעות דואר אלקטרוני - רק לכתובת השמורה במערכות הכללית |
|  | באמצעות פקס מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | באמצעות דואר רגיל - רק לכתובת השמורה במערכות הכללית |

* ידוע לי כי כל עוד לא אאשר את פרטי ההסכמה בחתימתי, לא ניתן יהיה להעביר לי את התשובה בדואר או באמצעים מקוונים כאמור.
* הובהר לי , כי בכל שאלה, אי הבנה או תופעה חריגה, עלי לפנות אל הרופא המטפל**.**
* בכל עת אהיה רשאי לפנות אליכם בבקשה לבטל אישור זה**.**
* ידוע לי כי מרגע שהגיע אלי המידע הרגיש בדואר או באמצעים מקוונים שהסכמתי להם, הנני אחראי על אבטחת המידע שהגיע אלי בהודעה, ולא תהא לי כל תלונה או תביעה כנגד שירותי בריאות כללית בנושא.
* ידוע לי, כי משלוח תשובות בדואר רשום הינו האמצעי הבטוח ביותר לשמירה על פרטיותי וכי בהתאם למדיניות הכללית תשובות מעבדה עם תוצאה לא תקינה אמורות להישלח אלי בדואר רשום. אני מסכים/מה בזאת כי בחתימתי על מסמך זה ומתן אישורי לשלוח את התשובות באחד מן האמצעים שלעיל , לרבות משלוח באמצעות דואר אלקטרוני על גבי רשת אינטרנט לא מאובטחת דרגת שמירת הפרטיות הינה נמוכה יותר ומשכך אני פוטר/ת בזאת את הכללית מכל אחריות ו/או חבות העלולה להיווצר כתוצאה מפגיעה בפרטיותי. .

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם ומשפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מגורים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\* פרטי איש צוות רפואי – עד לחתימה

אני הח"מ מאשר/ת בזאת כי הנ"ל חתם /ה בפניי

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם רופא/אחות שם ומשפחה מספר רישיון חתימה וחותמת

\*\* איש צוות רפואי – חובה לזהות את המטופל "זיהוי ודאי " טרם חתימתו על הטופס