

המחלקה לרישום ומידע רפואי תיעוד רפואי -

טלפון : 08-8595353, פקס : 08-6768464

קבלת קהל בימים א-ה בין השעות 00:00-14:00 - **בתיאום מראש**

בקשה להעתק מסמכים רפואיים

שם מלא של המבקש/ת: _____

מס' ת.ז.: _____

כתובת: _____

מס' טלפון נייד: _____ טלפון נוסף (לא חובה): _____

הבקשה היא עבור מסמכים:

- ☐ עבורי
☐ עבור אדם אחר - שם מלא: _____ ת.ז.: _____

לצורך: _____

המסמכים המבוקשים: _____

*איתור מסמכים רפואיים: עד 10 ימי עסקים.

מבקש קבלת המסמכים באמצעות:

- ☐ דואר רשום
☐ איסוף עצמי מהמחלקה (**בתיאום מראש**).

ידוע לי כי מרגע שהגיע אלי המידע הרגיש בדואר הנני אחראי על אבטחת המידע, ולא תהיה לי כל תלונה או תביעה, כנגד שירותי בריאות כללית בנושא.

תאריך: _____ חתימה: _____

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