

תאריך: _____

לכבוד

מחלקת רשומות ומידע רפואי

פקס 08-9441692

מרכז רפואי קפלן

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למרכז רפואי קפלן ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם,

למסור לי: _____ ת. זהות: _____ (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:

ובאופן שיידרש 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 מחלתי 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.

פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
מס' תעודת זהות: _____ כתובת: _____
תאריך: _____ חתימה _____
כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח)

שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת. זהות _____
כתובת: _____ מס' רישיון _____
חותמת: _____ חתימה: _____

תיאור החומר שנמסר ופרטי המקבל

תיאור החומר הנמסר _____
שם וחתימת המקבל _____ תאריך קבלת/שליחת החומר _____

מצוינות רפואית קרובה לבית

רפואה קרובה. מרכז רפואי קפלן ת.ד. 1 רחובות מיקוד 76100
טלפון 08-94411472 פקס 08-9441692 www.KMC.org.il

שם המסמך: כתב ויתור על סודיות רפואית - יולי 2013.docx

