

הסכמה לקבלת תשובת מעבדה / בדיקה, הסכמה לקבלת הוראה רפואית

בדואר רגיל / אמצעים מקוונים –

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, בדואר או באמצעים מקוונים שלהלן:

- באמצעות דואר אלקטרוני רק לכתובת השמורה במערכות הכללית -
- באמצעות פקס מס' _____
- באמצעות דואר רגיל רק לכתובת השמורה במערכות הכללית -
- אני מבקש/ת שלא לשלוח לי תשובה בדואר.

- 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.

- הובהר לי, כי תשובות מעבדה עם תוצאה לא תקינה אמור להישלח אלי בדואר רשום על מנת לשמור ביתר תשומת לב על פרטיותי. באישורי לשלוח את התשובות בדואר רגיל, לקחתי בחשבון שייתכן כי פרטיותי תיפגע.

"אני מאשר/ת בזאת את בקשתי לקיים תקשורת באמצעים אלקטרוניים, לרבות לצורך משלוח וקבלת מידע רפואי רגיש. הנני מאשר/ת כי ידוע לי כי תקשורת בדואר אלקטרוני מתקיימת על גבי רשת האינטרנט הציבורית, אשר אינה מאובטחת על ידי הכללית, על כל הכרוך והמשתמע מכך. הנני לאשר כי לא תהיה לי כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הכללית בגין חשיפת מידע רגיש או זליגתו לגורמים בלתי מורשים".

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

