

ויתור על סודיות רפואית / ייפוי כוח

אני החתום מטה, נותן בזה רשות למרכז הרפואי מאיר או לעובדיו למסור

ל _____ ת.ז. _____ :
שם פרטי שם משפחה

מידע רפואי בהתאם לבקשה שהגשתי בתאריך _____

ואני משחרר אתכם ו/או עובדיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע לני"ל.

כתב ויתור זה יעמוד בתוקפו עד לתאריך _____

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

פרטי העד לחתימה (עו"ד/רופא/עו"ס/אחות/פסיכולוג/מורשה חתימה בבנק):

שם: _____ ת.ז. _____ :
שם פרטי שם משפחה

כתובת: _____ מס' רישיון: _____

חותמת: _____ חתימה: _____