

המחלקה לרישום ומידע רפואי - תיעוד רפואי

טלפון: 09-7472608, 09-7472452

קבלת קהל בימים א-ה בשעות 08:00-13:00

בקשה להעתק מסמכים רפואיים

שם מלא של המבקש: _____

מס' ת.ז.: _____

כתובת: _____

רחוב	מס' בית	עיר	ת.ד.	מיקוד
------	---------	-----	------	-------

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

הבקשה היא עבור מסמכים:

שלי של אדם אחר - שם מלא: _____ ת.ז.: _____

לצורך: _____

המסמכים המבוקשים: _____

*איתור מסמכים רפואיים: עד 14 ימי עסקים

מבקש קבלת המסמכים באמצעות:

דואר רגיל דואר רשום (תוספת 10 ש"ח) איסוף עצמי מהמחלקה

דוא"ל מאובטח לכתובת: _____

- ידוע לי כי כל עוד לא אשר את פרטי ההסכמה בחתימתי, לא ניתן יהיה להעביר לי את התשובה באמצעים מקוונים אלא בדואר רשום בלבד.
- ידוע לי כי מרגע שהגיע אלי המידע הרגיש בדואר או באמצעים מקוונים שהסכמתי להם, הנני אחראי על אבטחת המידע, שהגיע אלי בהודעה, ולא תהיה לי כל תלונה או תביעה, כנגד שירותי בריאות כללית בנושא.

הנני מאשר שהוראת התשלום תועבר אליי באמצעות מסרון (SMS) למס' נייד: _____

תאריך: _____ חתימה: _____