

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המרכז לבריאות הנפש שלווה

פרטי המטופל/ת

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז
כתובת מלאה	טלפון	

אני החתום מטה נותן בזה רשות למרכז לבריאות הנפש שלווה ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, למסור ל_____ ת"ז _____ להלן: "המבקש", או מי מטעמו, 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 ו/או פרטים על _____.

הנני 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 מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר הנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

סייגים למידע שניתן למסור: _____.

חתימת המטופל (במקרה של קטין או אדם שמונה לו אפוטרופוס יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי)

תאריך _____ שם מלא _____ תעודת זהות _____

חתימה _____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לשנה מיום חתימתו.

פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברשיון, רשם מידע רפואי או מינהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח-חותמת ורשיון סוכן ביטוח ולא של חברת ביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז
טלפון	תפקיד	מס' רישיון

חותמת

חתימה

תאריך _____