

תאריך _____

לכבוד

מחלקת מידע ורישום רפואי

המרכז לבריאות הנפש שלוותה

ייפוי כוח

כתב ייפוי כוח יחתם בפני עד מהימן או גורם בקהילה

מתן ייפוי כוח לקבלת מידע רפואי

אני החתום/ה מטה _____ מספר זיהוי _____ טלפון _____

כתובתי _____ מייפה בזאת את כוחה/ו

של מר / גב' / _____ מספר זיהוי _____ קרבה למטופל _____.

לקבל בשמי ועבורי כל מידע רפואי, פסיכו-סוציאלי, סכום טיפול, אבחנות ואבחונים ומידע אודות טיפוליי

ואשפוזיי במסגרת מוסדכם. אני מוותר בזאת על הסוד הרפואי כל עוד ייפוי הכוח בתוקף.

ולראיה באתי על החתום.

חתימת המטופל _____ תאריך _____

אישור – חתימה עד:

אני הח"מ מאשר/ת כי היום הופיע/ו בפניי הרשומים מעלה, וזוהו באמצעות הצגת תעודת זיהוי (מצ"ב

צילום ת.ז.). ונותן ייפוי הכוח חתמ/ה בפני על הטופס.

חתימה: _____ תפקיד במערכת _____.

(לסרוק הטפס החתום ותעודות הזיהוי לתיק)