

## כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המרכז לבריאות הנפש שלוותה

א.נ., אני החתום מטה נותן בזה רשות למרכז לבריאות הנפש שלוותה ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, למסור ל ( \_\_\_\_\_ ) 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) מחק את המיותר (או פרטים על \_\_\_\_\_) פירוט (כולל מידע גנטי, ובאופן שיידרש על ידי המבקש, והנני 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: \_\_\_\_\_

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

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך \_\_\_\_\_

**פרטי העד לחתימה** (רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברשיון, רשם מידע רפואי או מינהלן רפואי, מורשה

חתימה בבנק וסוכן ביטוח.

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_  
כתובת ליצירת קשר \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_  
מספר רישיון/חותמת \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_