

ויתור על סודיות רפואית

א. פרטי המבוטח/ת

| | | | |
|----------|---------|------------|-------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר העובד | מספר הזהות סיב |
| רחוב | מס' בית | יישוב | |
| מען פרטי | | | |

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לשירותי בריאות כללית ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשליחותה למסור ל _____

להלן: "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש על-ידי המבקש, ו/או על מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שאני חולה בה כעת, ו/או שאחלה בה בעתיד ו/או פרטים על _____

ואני משחרר/ת 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 מחלותי כנ"ל ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה יעמוד בתוקפו עד לתאריך _____ .

תאריך _____ מקום _____ החתימה _____ חתימה _____

ב. פרטי העד/ה לחתימה

| | | | |
|----------|-----------------|------------|-------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר העובד | מספר הזהות סיב |
| תפקיד | מרפאה/בית חולים | | |

חתימה _____

TO
CLALIT HEALTH SERVICES



Disclosure of Privileged Medical Information

A. Personal Details

| | | |
|---------|---------|---------------------------|
| Name | Surname | Identity No./Passport No. |
| Address | Street | No. City |

I, the undersigned, hereby grant permission to Clalit Health Services and/or to its employees, and/or to any person acting on its behalf to submit to _____

all and/or any information and details in any way requested by him pertaining to my state of health, and /or to any sickness I had in the past, and/or have in the present and/or will have in the future.

I hereby relinquish my right to confidentiality to you, and/or to your employees, and/or to whoever will act on your behalf in matters concerning my state of health and/or my sickness, and shall have no claim of any kind in this regard.

This waiver will be valid until _____ .
(Date)

Date _____ Place of Signature _____ Signature _____

B. Witness to Signature

| | | | |
|------|-----------------|--------------|--------------|
| Name | Surname | Employee No. | Identity No. |
| Duty | Clinic/Hospital | | |

Signature _____