

טל: 08-6400993 פקס: 08-6768885

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המרכז הרפואי סורוקה

1. א.

אני החתום מטה נותן בזאת רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל (שם + מס' ת.ז.) _____ להלן "המבקש" את כל הפרטים. ללא כל 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 או פרטים על

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

*פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' תעודת זהות _____

כתובת

תאריך _____ חתימה _____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך _____

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' תעודת זהות _____

כתובת _____ מס' רישיון _____

חותמת _____ חתימה _____

הנני מתחייב לשאת בעלויות הצילום ולקחת את המסמכים תוך 21 יום מיום קבלת ההודעה כי המסמכים מוכנים. הנני מצהיר כי במידה ולא אאסוף את המסמכים יהיה רשאי ביה"ח לגרוס את הצילומים.

שם וחתימת המקבל _____ תאריך קבלת/שליחת החומר _____