

המחלקה לרישום ומידע רפואי
בקשה להעתקת מסמכים רפואיים:

שם מלא של המבקש: _____ מס' ת.ז.: _____
מס' טלפון נייד: _____ טלפון נוסף (לא חובה): _____

הבקשה היא עבור מסמכים:

עבורי

במקרה של קטין באמצעות הוריו:

שם הקטין: _____ ת.ז. _____

המסמכים המבוקשים:

מבקש קבלת המסמכים באמצעות:

דואר רשום לכתובת _____

איסוף עצמי מהמחלקה - קבלת קהל בימים א-ה בין השעות 8:00-13:00

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 המסמכים.

טופס זה אינו מהווה טופס ויתור סודיות רפואית ואינו מחליף את טופס הוויתור הקיים.

חתימת המטופל: _____ תאריך: _____

חתימת ההורים (במקרה של קטין): שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

• יש לצרף צילום ת.ז. וספח