



## כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המוסד הרפואי שמואל הרופא

א.ג.נ.,

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או

בשליחותכם למסור ל \_\_\_\_\_ להלן: "המבקש

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 \_\_\_\_\_

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 רפואיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כני"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

\*פרטי מטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי).

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

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

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

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

חותמת \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאור החומר הנמסר _____
שם וחתימת המקבל _____ ת. קבלת / שליחת החומר _____