



Department of medical records & informat

מחלקת רשומות ומידע רפואי

תאריך:

לכבוד
המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי

הנדון: בקשת סיכום פטירה

שם הנפטר: _____
מ"ז של הנפטר: _____
תאריך פטירה: _____ (להלן: "המנוח/ה")

אני הח"מ: שם _____ מ"ז _____
כתובת: _____

מצהירה בזאת שאני בן / בת / אלמנה / אב / אם / _____ של המנוח/ה הנ"ל
(נא לסמן בעיגול).
אני מבקש/ת לקבל את סיכום הפטירה של המנוח.

אני מצהירה ומתחייבת/לפצות ואו לשפות לאלתר את מדינת ישראל ואו המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי
בגין כל נזק ואו סכום בו יחוייבו עקב מסירת המידע הרפואי הנ"ל לפי בקשתי.
אני מצהירה כי כל הירשים של המנוח/ה מסכימים למסירת המידע הרפואי לידי ונותן/ת את הסכמתי כי
המידע הרפואי הנ"ל יימסר לכל יורש או קרוב אחר מדרגה ראשונה של המנוח/ה (הורים, בני זוג, ילדים),
ככל שיתבקש על ידם.

אבקש לקבל את המידע באופן כולקמן:

- א. למסור לידי או לשלוח לכתובתי הנ"ל.
ב. למסור בידי מר / גב' _____, ת.ז. מס' _____, אשר יקבל את סיכום
הפטירה בכפוף להצגת תעודה מזהה ומסמך זה כשהוא חתום על ידי.

_____ תאריך

_____ חתימת המבקש

אישור מחלקת רשומות או מזכירות רפואיות:

זיהינו את המבקש ואו בא כוחו עפ"י _____
שם נציג מחלקת רשומות רפואיות _____
חתימה _____ נמסר/נשלח בתאריך _____