

חסוי- רפואי

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

המרכז הרפואי ת"א

אני החתום מטה, נותן בזה רשות למרכז הרפואי ת"א ו/או לעובדיו ו/או לכל מי שפועל מטעמו או בשליחותו למסור למרכז הרפואי ת"א ו/או למי מטעמו ו/או לנציב קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ו/או מי מטעמו (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצ"ב 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 _____ לצורך טיפול בקבילה _____, והנני משחרר אתכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית 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 המטופל: (במקרה של קטין או אדם שמונה לו אפוטרופוס יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי)

_____ מספר תעודת זהות

_____ שם פרטי

_____ שם משפחה

_____ חתימה

_____ תאריך

_____ כתובת

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____