

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המוסד הרפואי מרכז כירורגי שוורץ-ארד,

אני החתום מטה, מס' ת"ז: _____ מבקש ממרכז כירורגי שוורץ-ארד, להעביר אלי באמצעות משלוח בדואר / דוא"ל / לכתובת / לפקס: _____ או לחילופין נותן בזאת את רשותי למוסד הרפואי ו/או לעובדיו ו/או לכל מי שפועל מטעמו או בשליחותו למסור ל _____ (להלן: "המבקש") או מי מטעמו, את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי, ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקבלתי (מחק את המיותר) או פרטים על _____ כולל מידע גנטי ככל שרלוונטי, ובאופן שיידרש על ידי המוסד המבקש.

הנני משחרר את מרכז כירורגי שוורץ-ארד ו/או את עובדיו ו/או את כל מי שפועל מטעמו או בשליחותו מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981 ו/או חוק זכויות החולה תשנ"ו-1996 לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

פרטי המטופל (במקרה של קטין או אדם שמונה לו אפוטרופוס יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
שם האב: _____ מספר טלפון: _____
כתובת: _____ חתימה: _____

פרטי עד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, בעל אחד ממקצועות הבריאות ברישיון, רשם מידע רפואי או מינהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח או במקרים רלוונטיים פקיד של המוסד לביטוח לאומי): (לחלופין, ניתן להסתפק בהעתק תעודה מזהה של המטופל):

שם מלא: _____ מס' רישיון/ת"ז: _____
חתימה וחותמת: _____
כתובת: _____ מספר טלפון: _____

הריני מאשר בזאת את קבלת כל החומר הנמסר כמפורט לעיל:

שם מקבל המידע: _____ ת.ז.: _____

כתובת מגורים: _____ טלפון: _____

תאריך: _____ חתימה: _____