

תאריך: _____

לכבוד:

מחלקת רשומות ומידע רפואי
מרכז כירורגי שוורץ-ארד

בקשה לקבלת העתק מסמכים רפואיים

אבקשכם למסור בידי, או לשלוח לכתובתי את העתק המסמכים מתוך התיק הרפואי שלי לפי הפירוט בדלקמן:

○ תיק מלא

○ מסמכים ספציפיים (פירוט): _____

מסמכים אלו נחוצים לי לצורך: _____

שם: _____ מס' ת.ז.: _____

כתובת: _____ מס' טלפון: _____

חתימת המטופל: _____

אישור

זיהינו את המבקש ע"פ תעודת זהות או: _____

שם המזהה: _____

נמסר / נשלח בתאריך: _____

שם וחתימת מוסר המסמכים: _____