מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא) מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש גריי, אוניברסיטת ת"א |
צריפין 70300
מחלקה רשומות ומידע רפואי
טל: 408-977958 פקס: 08-9779588 דוא"ל: abais@asaf.health.gov.il

Shamir Medical Center (Asaf Harofeh)
Affiliated to Gray Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel
Medical record department
Tel: +972-8-9779584 Fax: +972-8-9779588 email: R9584@shamir.gov.il

רפואה אנושית
פורצת דרך

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם המטופל:_____
משפחה פרטי

מס' זהות: | | | | | | | | | |

אני הח"מ מבקש בזאת מאת כל רופא, עובד רפואי, מרכז רפואי שמיר (קמפוס אסף הרופא) למסור ל:

שם ומשפחה: _____

מספר ת.ז: _____

את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש הנ"ל על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או הנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד ממוסדכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, ומוותר בזאת על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בהקשר להוצאת המידע.

המידע המבוקש:

אשפוז במחלקה: _____ מתאריך: _____

מרפאה מתאריך: _____

מיון מתאריך: _____

מאשר קבלת המכתבים בדואר לכתובת : _____

כתובת מייל: _____

טלפון נייד: _____

מטרת הבקשה: _____

תאריך: _____

_____
חתימת המטופל/ אפוטרופוס/ בא כח

<u>ייפויי כוח:</u>

במידה והמטופל אינו יכול להגיע לבית החולים, ניתן לחתום בפני מיופה כח, להוציא את המסמכים עבורו

שם המטופל: _____ ת.ז:_____

שם מיופה הכוח: _____ת.ז:_____

הערה:
על מיופה הכח להצטייד ב- 2 תעודות זהות (של המטופל ושל מיופה הכח).