



Assaf Harofeh Medical Center

Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel

Medical record department

Tel: +972-8-9779582 Fax: +972-8-977964 email: abais@shamir.gov.il

استمارة التنازل عن السرية الطبية

اسم المريض/ שם החולה:

اسم العائلة/משפחה

رقم الهوية:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم الإقامة في المستشفى: _____ ألقسم _____ طلب من قسم: _____

عيادة: طلب هاتفيا من: _____ غرفة الطوارئ:

رقم الوصل: _____ بقيمة: _____ العنوان للأرسال: _____

أنا الموقع أدناه اطلب من: طبيب/ عامل طبي/ في المستشفى التسليم ل:

_____ .1

_____ .2

ملاحظات:

כל التفاصيل المطلوبة למקדם الطلب המזכור أعلاه عن חלתי الصحية או عن כל مرض أصبت به או أنا مصاب به الآن או سيصيبني بالمستقبل.

אני אتنازل לכם ולכל طبيب מן أطبانכם או כל عامل במؤססתם מן ואגב الحفاظ على السرية الطبية بكل ما يخص حالتي الصحية, وأتنازل عن هذه السرية للشخص המזכור أعلاه ولا تكون بعدها لدي أي مطالبة أو دعوى بخصوص إتاحة المعلومات.

_____ الغاية من الطلب:

_____ توقيع المريض / توقيع الوصي/توقيع الوكيل

_____ الشاهد على التوقيع: _____ التوقيع: _____ رقم الهوية: _____

_____ التاريخ:

ملاحظة: إذا لم يستطع المريض الحضور إلى المستشفى بإمكان الوكيل/الوصي التوقيع بمكانه.
على الوكيل/الوصي إحضار بطاقة هويته وبطاقة هوية المريض او المصادقة على التوقيع عن طريق
طبيب/محامي: _____
توقيع الطبيب/ المحامي