

استمارة التنازل عن السرية الطبية

اسم المريض/ שם החולה:

الاسم الشخصي/ פרטי

اسم العائلة/משפחה

رقم الهوية:

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

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

عيادة: _____ طلب هاتفياً من: _____ غرفة الطوارئ: _____

رقم الوصل: _____ بقيمة: _____ العنوان للأرسال: _____

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

1.

2.

ملاحظات:

كل التفاصيل المطلوبة لمقدم الطلب المذكور أعلاه عن حالتي الصحية أو عن كل مرض أصبت به أو أنا مصاب به الآن أو سيبصيني بالمستقبل.

أنا أتنازل لكم ولكل طبيب من أطبائكم أو كل عامل بمؤسستكم من واجب الحفاظ على السرية الطبية بكل ما يخص حالتي الصحية, وأتنازل عن هذه السرية للشخص المذكور 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