

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

Отказ от секретности медицинской информации

Имя пациента _____

Фамилия _____ имя _____

Номер удостоверения личности _____

Номер госпитализации _____ отделение _____ запрошенный отделением _____

Клиника _____ запрошен номером _____ приемный покой _____

Номер квитанции _____ сумма _____ адрес для отправки _____

Я, нижеподписавшийся, прошу, любого врача, любого медицинского работника, больницы Асаф арофе доставить:

1. _____

2. _____

замечание: _____

Все подробные сведения без исключения и в любой форме, от вышеупомянутого по вопросу о положение моего здоровья и/или историю всех моих болезней и/или в настоящем и/или в будущем.

Я освобождаю вас и любого врача из ваших врачей и/или, любого медицинского работника от службы охраны, о сохранении медицинской тайны во всем что касается положения моего здоровья, и Я отказываюсь от этой тайны к вышеупомянутого и у меня не будут никаких требований и/или жалоб к любым дополнительным сведениям медицинского характера.

Цель запроса _____

_____ Подпись больного/попечителя/ доверенного лица

Имя свидетеля подтверждающего подпись _____ подпись _____ номер удостоверения личности _____

дата: _____

Замечание: если больной не может прибыть в больницу, за него может подписаться доверенное лицо. Доверенному лицу нужно прибыть с двумя удостоверениями личности (больного и доверенного) или заменить подписью и печатью адвоката/ врача _____

подпись и печать