

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

ויתור סוד רפואי – הסכמת בן זוג (IVF)

שם בן הזוג:

פרטי

משפחה

מס' זהות:

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

מרפאה - IVF

אני הח"מ מבקש בזאת מאת כל רופא, עובד רפואי, בית חולים אסף הרופא למסור לבת זוגי:

שם פרטי 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.

נייד: _____

מטרת הבקשה: _____

_____ חתימת בן הזוג

_____ תאריך: