

Assaf Harofeh Medical Center
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel
Medical record department
Tel: +972-8-9779584 Fax: +972-8-9779588 email: resh_huz@shamir.gov.il

ויתור סוד רפואי

שם החולה: _____
פרטי _____ משפחה _____
מס' זהות:

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

מספר אשפוז: מחלקה _____ הוזמן ממחלקה _____
מרפאה הוזמן טלי מ- _____ מיון:
מס' קבלה: _____ על סך: _____ כתובת לשליחה: _____
אני הח"מ מבקש בזאת מאת כל רופא, עובד רפואי, בית חולים אסף הרופא למסור ל:
1.

הערות: _____

את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתדרש 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: _____

כתובת מייל: _____

מאשר קבלת המסמכים בדואר _____

מטרת הבקשה: _____

חתימת החולה/ אפוטרופוס/ בא כח

שם עד מאמת החתימה: _____ חתימה _____ מס' זהות _____

תאריך: _____

הערה: במידה והחולה אינו יכול להגיע לבית החולים, ניתן לחתום בפני מיופה כח.
על מיופה הכח להצטייד ב- 2 תעודות זהות (של החולה ושל מיופה הכח). או לחליפין לאשר את החתימה על ידי עו"ד/רופא.

חתימה וחותמת

