

ויתור סוד רפואי – הסכמת בן זוג (IVF)

שם בן הזוג: _____
משפחה פרטי

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

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: