

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 Ассаф 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

удостоверение 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