

## בקשה לאיחזור מסמכים רפואיים

שם המטופל: \_\_\_\_\_  
משפחה פרטי

תעודת זהות \_\_\_\_\_

תאריך ביצוע הפעולה: \_\_\_\_\_  
אבקש לקבל מסמכים רפואיים: (נא להקיף בעגול את המסמך/ים הרצויים)

העתק של מכתב שחרור  
דו"ח ניתוח  
בדיקות מעבדה  
תיק רפואי מלא  
מטרת הבקשה:

\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

בכל פניה לבקשת מסמכים רפואיים יש לצרף צלום מתעודת הזהות  
\_\_\_\_\_ מצורף צילום מתעודת הזהות כולל ספח.  
\_\_\_\_\_ טופס ויתור על סודיות רפואית חתום על ידי מטופל ועד.  
\_\_\_\_\_ מאשר קבלת המסמכים בדואר רשום לכתובת המופיעה בתעודת הזהות.

\_\_\_\_\_ חתימת המבקש/ המקבל

\_\_\_\_\_ תאריך

### לשימוש המשרד

זיהינו את המבקש על פי תעודת הזהות או כל מסמך מזהה אחר \_\_\_\_\_  
שם המזהה (עובד המחלקה): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הערות: