



בקשה לאחזור מסמכים רפואיים

שם המטופל/ת:	_____
תעודת זהות/מס' דרכון:	_____
כתובת:	_____
נייד:	_____
תאריך ביצוע הפעולה:	_____

יש לסמן את המסמכים הרפואיים הנדרשים:

בדיקות מעבדה

העתק של מכתב השחרור

תיק רפואי מלא

דו"ח ניתוח

מטרת הבקשה: _____

בכל פניה לבקשת מסמכים רפואיים יש לצרף צילום תעודת זהות/דרכון

מצורף צילום תעודת זהות כולל ספח/דרכון.

טופס ויתור על סודיות רפואית חתום על ידי מטופל ועד.

מאשר קבלת המסמכים בדואר רשום לכתובת המופיעה בתעודת הזהות.

חתימת המטופל/ת _____

תאריך _____