



תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד מחלקת רשומות ומידע רפואי

בית חולים רפאל

### כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות לבית חולים רפאל ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם,

למסור לי: \_\_\_\_\_ ת. זהות: \_\_\_\_\_

(להלן: "המבקש")

את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת.

ובאופן שיידרש על ידי המבקש, והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחתום הינו האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: \_\_\_\_\_

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח)

שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מס' ת. זהות \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_

חותמת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תיאור החומר שנמסר ופרטי המקבל

תיאור החומר הנמסר \_\_\_\_\_

שם וחותמת המקבל \_\_\_\_\_ תאריך קבלת/שליחת החומר \_\_\_\_\_