

כתב ויתור על סודיות רפואית

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

המוסד הרפואי _____

א.ג.ג.

אני החתום מטה, מסי' ת"ז: _____ נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל חילתא (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקבלתי (מחק את המיותר) או פרטים על מצבי הרוח ובאופן שיידרש על ידי המבקש. הנני 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 מחלותיי כני"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף עד לתאריך 31/12/26

פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יחתום על המסמך האפוסטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
שם האב: _____
כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____
תאריך: _____ חתימה: _____

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

תפקיד: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
ת"ז: _____
כתובת: _____
מסי' רישיון: _____
תאריך: _____ חתימה וחתימת: _____