

טופס ויתור על סודיות רפואית ובקשת מידע-התפתחות הילד

פרטי הבקשה											
פרטי הילד											
שם פרטי				שם משפחה				מספר תעודת זהות			
מספר טלפון				מיקוד				עיר			
רחוב				מספר בית							
אנו הורי הילד,											
המשמשים לו/לה אפטרופוס/ים טבעיים, נותן/נים בזאת אישור לעובד לאומית שירותי בריאות במרכז להתפתחות הילד, לפנות במידת הצורך למוסדות חינוך, דת או רווחה, לפי המפורט להלן, בכדי להשיג מהם או לחלוק עמם חומר רפואי, פרא-רפואי, חינוכי ו/או התפתחותי, לצורך איסוף מידע רפואי הנחוץ לנו להמשך אבחון וטיפול התפתחותי בילדנו.											
הנני/ו משחרר/ים אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותו של הילד ומוותר/ים על סודיות זו כלפיכם בכל הנוגע למידע שיימסר לכם וכלפי המוסדות כמפורט להלן, ולא תהיינה לי/לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.											
למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על:											
☐ המוסדות הבאים: _____											
☐ המידע המפורט להלן: _____											
חתימות											
האב:				שם: _____ ת.ז: _____				חתימה: ✕ _____			
האם:				שם: _____ ת.ז: _____				חתימה: ✕ _____			
עד לחתימה:				שם: _____ ת.ז: _____				חתימה: ✕ _____			
חתימה						תאריך					
✕ _____						_____					