

כתב ויתור על סודיות רפואית לשם קבלת מידע

1. הצהרת ויתור סודיות רפואית

לכבוד

לאומית שירותי בריאות

אני החתום מטה, מס' ת"ז _____ נותן בזה רשות ללאומית שירותי בריאות ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל _____ (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, או פרטים על _____ ובאופן שיידרש על ידי המבקש.

המידע שיימסר יכלול גם מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקבלתי - **כן/לא** (סמן)

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 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.

כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

(עבור קופת חולים לאומית)

2. פרטי המטופל

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות
כתובת	עיר	מיקוד
תאריך	חתימה	
		*

3. במקרה של קטין (במקרה של קטין או חסוי יחתום על המסמך האפטרופוס החוקי)

שם האב	תעודת זהות של האב	שם האם	תעודת זהות של האם	חתימת המבקש (אפטרופוס)
				*

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות
כתובת	תפקיד	מספר רישיון
תאריך	חתימה וחותמת	
		*