



1

לאומית שירותי בריאות

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

כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

2

שם משפחה						שם פרטי						תעודת זהות					
																	
כתובת						עיר						מיקוד					
תאריך									חתימה								
									x _____								

3

שם האב	תעודת זהות של האב	שם האם	תעודת זהות של האם	חתימת המבקש (אפוטרופוס)
				_____*

4

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