



**כתב ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום מטה, מס' ת"ז: \_\_\_\_\_ נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
מס' רישיון: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה וחתימת: \_\_\_\_\_

מרפ"ו/14-13