

Medical Records

רשומות רפואיות

כתב ויתור על סודיות רפואית

פרטי המטופל:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' ת"ז/דרכון: _____

(בגיר/ קטין / חסוי / נפטר) (הקף את המתאים)*

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לבית חולים איכילוב ו/או לעובדיו ו/או למי מטעמו או בשליחותו ו/או מוסד ממוסדותיו (להלן: "בית החולים")

למסור ל _____ (שם מלא ומס' ת"ז/דרכון, להלן: "המבקש") או מי מטעמו, את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת על מצב סיעודי, שיקומי, תפקודי או סוציאלי, או פרטים על _____ (פירוט), לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ולרבות מידע גנטי (מחק את המיותר)

לגבי המטופל הנ"ל, ובאופן שיידרש על ידי המבקש, והנני משחרר את בית החולים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל בענייניו של המטופל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כנגד בית החולים בקשר הנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה ו/או כל דין אחר לעניין שמירה על סודיות רפואית או פרטיות.

סייגים למידע שניתן למסור: _____

למרות האמור לעיל, לא יחול כתב ויתור סודיות זה על הגורמים הבאים: _____

שם מלא: _____ מס' ת"ז/דרכון: _____

מס' טלפון ליצירת קשר: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

*במקרה של קטין או אדם שמונה לו אפוטרופוס יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי. במקרה של נפטר יחתום היורש לפי צו ירושה או צו קיום צוואה

פרטי העד לחתימה(רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברישיון, רשם מידע רפואי או מזכירה רפואית, מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח), ולחילופין העתק תעודה מזהה של המטופל או (במקרים בהם יש קושי לאתר עד לחתימה) צילום תעודה מזהה של המבקש החתום על כתב ויתור סודיות .

תפקיד: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
מס' רישיון/חותמת: _____ חתימה: _____
תאריך: _____ מס' טלפון: _____