כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המוסד הרפואי _____

א.נ.

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל _____

_____ להלן "המבקש", את הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי (מחק את המיותר) או פרטים על _____ ובאופן שיידרש על ידי המבקש, והנני 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 מחלתי 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.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
_____	_____	_____

כתובת _____

תאריך _____ חתימה _____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך _____

תיאור החומר הנמסר _____

שם וחתימת המקבל _____ תאריך קבלה/שליחת החומר _____

317-16