

THE INSTITUTE FOR CHILD DEVELOPMENT
DIRECTOR: YAEL LEITNER, M.D.

המכון להתפתחות הילד
מנהלת המכון: פרופ' יעל לייטנר

תאריך:

הנדון:

ת. לידה:

מס' ת.ז.:

הורים:

כתובת:

טלפון:

ויתור על סודיות רפואית*

1. אני מבקש/ת בזאת למסור למכון להתפתחות הילד, המרכז הרפואי ת"א, ו/או לבא כוחו את כל המידע הקשור למחלת בני/בתי, מצבו/ה הרפואי, הטיפול שניתן לו/ה, תוצאותיו, ו/או כל מידע אחר שידרש – כולל מסמכים רפואיים אודות הנדון.

2. אני מבקש למסור ל _____ או לבא כוחו את כל המידע שברשותכם הקשור לאבחון/טיפול בבני/בתי.

שם:

מס' ת.ז.:

חתימה:

*מחק את הסעיף המיותר