

טופס ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המרכז הרפואי עין טל,
אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	שם האב
רחוב	מספר	עיר	טלפון

נותן בזה רשות למרכז הרפואי עין טל ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשירותכם למסור ל (להלן: "המבקש") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי.

כמו כן, הנני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקש את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת עין טל והרישומים במאגרי המידע של המרכז הרפואי עין טל.

אני משחרר את עין טל ו/או עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלקתי ו/או שיקומי ו/או סוציאלי ו/או סיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של עין טל ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל עין טל ו/או נותני השירותים.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי נגד עין טל ו/או למי מהרופאים מטעמה ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת מידע כאמור, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

תאריך	עד לחתימה ומס' ת.ז.	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האופוטרופוס)
ייפוי כוח הרינה מייפה את כוחו של		לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי שם משפחה	חתימה
-------	--------------------	-------

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה, סוכן ביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.
הכתובת	מס' רישיון	