**כתב ויתור על סודיות רפואית**

לכבוד המוסד הרפואי / פרופ' / ד"ר / מטפל-ת : פרופ' גיל זלצמן\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

א.ג.נ.

אני החתום מטה נותן בזה רשות לכם,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 על כל מחלה שחליתי בה בעבר , ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי, ( מחק את המיותר)

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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי מבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא 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 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם משפחה השם הפרטי מספר הזהות

כתובת :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס ' רשיון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חותמת :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאור החומר הנמסר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם וחתימת המקבל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך קבלת /שליחת החומר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_