

**כתב ויתור על סודיות רפואית**

לכבוד: \_\_\_\_\_ המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד רפואי 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 פסיכיאטרים או נפשיים אחרים שקבלתי (מחק את המיותר)

או פרטים על \_\_\_\_\_ ובאופן שידרש על ידי המבקש, והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לענין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

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

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מ.ס זהות \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

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

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_