

טופס ויתור על סודיות רפואית - יש לצרף צילום תעודת זהות + ספח

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו על גבי הטופס והאפופטרופוס יצרף צילום ת.ז. וספח)

שם מלא	מספר ת.ז.	שם האב
--------	-----------	--------

כתובת מלאה	טלפון נייד
------------	------------

נותן בזאת רשות לביה"ח הרצליה מדיקל סנטר (להלן: "HMC") 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), או פרטים על [] (פירוט), / כולל מידע גנטי, 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 מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהינה 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.

סייגים למידע שניתן למסור:

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך []

תאריך	חתימה
-------	-------

עד לחתימה

שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.
---------	----------	-----------

כתובת מלאה	טלפון נייד
------------	------------

תאריך	חתימה
-------	-------

מחוייבים אישית לבריאות שלך