



רשומות רפואיות  
**חומר רפואי סודי**

**כתב ויתור על סודיות רפואית**

לכבוד: מרכז רפואי לבריאות הנפש לב-השרון

א. ג. נכבד/ה,

אני החתום מטה נותן בזה רשות 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 שקבלתי, (מחק את המיותר)

או פרטים על \_\_\_\_\_

ובאופן שיידרש על ידי המבקש, והנני משחרר את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כני"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה מסוג כלשהוא בקשר לני"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 שהחתום הינו האפוטרופוס החוקי)

שם המשפחה \_\_\_\_\_  
שם הפרטי \_\_\_\_\_  
מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: \_\_\_\_\_ עד שנה לכל המאוחר.

אני הח"מ (רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, עו"ד) מאשר/ת בזה כי הטופס נחתם בפניי

שם המשפחה \_\_\_\_\_  
שם הפרטי \_\_\_\_\_

תפקיד \_\_\_\_\_ מספר רישיון \_\_\_\_\_

חותמת \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_