



**בקשה של מטופל לקבל עותק סיכום מחלה/תיק רפואי**

לכבוד

מחלקת רשומות רפואיות  
המרכז הרפואי לברה"נ לב – השרון

אני \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ מס' כתובת \_\_\_\_\_

מס' טלפון \_\_\_\_\_ מס' טלפון סלולרי \_\_\_\_\_

מבקש לאשר לי:

1. לעיין במסמכים הרפואיים המתועדים בתיקי הרפואי.
2. לקבל עותק סיכום מחלה מאשפוזי \_\_\_\_\_
3. לקבל עותק של כל תיקי הרפואי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

לכבוד

ד' \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

ראה בקשתו/ה של מר/גב' \_\_\_\_\_, אבקש התייחסותך לבקשה.

**אם כמטפל הגעת למסקנה כי אין למסור לחולה מידע רפואי מאחר והוא עלול לגרום נזק לבריאותו הגופנית או הנפשית, יהא עליך לפנות לוועדת אתיקה שמתנהלת בביה"ח ולבקש את אישורה לכך (סעיף 18 ג'-ה' לחוק זכויות החולה 1996) ◉**

1. לא ידועה לי סיבה למניעת גילוי המידע המבוקש.

2. ממליץ על עיון בתיק הרפואי בנוכחות רופא/מטפל שימונה על ידי \_\_\_\_\_

3. יש טעם רפואי: \* לשלול עיון בתיק \* לשלול מסירת עותק מבוקש

נימוקים: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המנהל \_\_\_\_\_

**במקרה של שלילת המידע – להעביר לטיפול של וועדת אתיקה**

הערות הועדה: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת יו"ר הועדה \_\_\_\_\_