



תאריך:-----

**בקשה עצמית** לצילום תיק

אני הח"מ:

|  |                           |
|--|---------------------------|
|  | שם פרטי:                  |
|  | שם משפחה                  |
|  | תעודת זהות/<br>מס' דרכון: |
|  | טלפון:                    |

מבקש בזה לקבל העתק מסמכים רפואיים מהתיק רפואי שלי בבית החולים.

ומחייב בזה לשלם הוצאות הצילום לפי תעריף משרד הבריאות.

חתימה-----

חובה לצרף לבקשה:

- צילום ת.ז.
- תיק בן/ בת מתחת לגיל 18 חובה צילום ת"ז של שני ההורים+ספח ת.ז. ההורים(חתימתשני ההורים על מכתב ויתור סדיות או חתימת אחד ההורים במידה וידוע כי ההורה השני אינו מתנגד למסירת המידע)
- למיופה כוח חובה טופס ויתור על סודיות רפואית וייפוי כוח חתום על ידי עורך דין/רופא כולל חתימה וחותמת בנוסף, צילום ת.ז. של מיופה הכוח ושל המטפל.
- קבלת מידע רפואי על מטופל שנפטר בבית החולים - מידע זה הינו חסוי וניתן למסרו רק ליורשים החוקיים הרשומים בצוואה או צו קיום ירושה או צו בית משפט המאשר מסירת המידע לטובת המבקש או תצהיר ע"י עו"ד.

המידע המבוקש (סמן X בהתאם למבוקש).

תיק רפואי מלא  מרפאות  לידה  אשפוז  תיק נפטר

התשלום מזומן  או/ש"ק  או העברה בנקאית  פרטי חשבון:-משפחה קדושה, בנק

לאומי 10 סניף 745 מס חשבון 191100/74.

יש להעביר אסמכתא של העברה למספר פקס 04/6508964 או למייל [elham@hfhosp.org](mailto:elham@hfhosp.org)

מבקש קבל מסמכים באמצעות: דואר רשום  איסוף עצמי מהמחלקה

הריני מאשר כי קיבלתי העתק מהתיק הרפואי בתאריך:-----

חתימה-----

שם וחתימת פקיד ארכיון:-----