



## כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

המוסד הרפואי :

א.ג.נ.

אני החתום מטה, מס.ת.ז. : ..... 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 כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי (מחק את המיותר) או פרטים על ..... ובאופן שיידרש על ידי המבקש.

הנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

**כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף עד לתאריך :** .....

פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יחתום על המסמך האפוסטרופוס החוקי) :

שם פרטי:	
שם משפחה	
תעודת זהות/	
שם האב:	
כתובת:	

ידוע לי שבמידה וניתן יהיה להעביר את המידע באמצעות מייל מאובטח, הוא יישלח לכתובת המייל כפי שמופיעה בבקשה/ באופן עצמי.

תאריך: ..... חתימה: .....

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

תפקיד:	
שם משפחה	
שם פרטי:	
תעודת זהות/	
כתובת	
מס' רישיון:	

תאריך: ..... חתימה: .....