

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם התובע: לשם רפאל מס' זהות: 32846591-9

שמות קודמים: _____

מרח' _____

- נגד -

שם הנתבע: _____ מס' זהות/ח"פ: _____

מרחוב _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

אנו החתומים מטה יוסף לשם ת.ז. 023087281 וענת לשם 027827898 בשמו של משה רפאל לשם מס' זהות 328465919 נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות לרופא, לגוף סיעודי או שיקומי, קופת חולים ובית חולים, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון, לצבא הגנה לישראל, ליחידה הרפואית לעובדי המדינה, למרפאות בריאות הנפש, לשירות בתי הסוהר (להלן – המוסדות), למסור לנתבעים או לאחד מהם או למי מטעמם כל עותק מכל מסמך רפואי שברשותם, בלא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע בתחומים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים (מחק את המיותר), על מצבי הסיעודי, השיקומי והתפקודי; לעניין הליך זה, ולמעט מידע אחר מיותר כדלקמן:

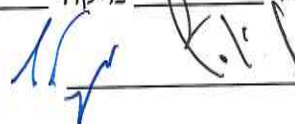
אני משחרר ופוטר אתכם או את עובדיכם או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או מחלותיי האמורים ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע האמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את יורשיי, את מנהל עיזבוני, את באי כוחי וכל מי שיבוא במקומי.

שם החותם (במקרה של אדם שמונה לו אפוטרופוס יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____

כתובת _____ עיר _____ מיקוד _____



תאריך 20/09/23 חתימה

פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, סוכן ביטוח, מורשה חתימה בבנק):

תפקיד _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

מס' זהות _____

כתובת _____

מס' רישיון _____

תאריך 20/09/23 חתימה וחתימת


ע"ד עמית פוגל
מ.ד. 52463

מתאים למקור
עמית פוגל, ע"ד