

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

ש.ל.ה שירותי רפואה בע"מ

א.ג.נ

אני החתום מטה, מסי' ת"ז: \_\_\_\_\_ נותן בזה רשות לש.ל.ה שירותי רפואה בע"מ 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, \_\_\_\_\_ ובאופן שיידרש על ידי המבקש הנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם 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 מסוג 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 אדם שמונה לו אפוטרופוס, יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_