



חסוי רפואי- לאחר מילוי הנחיות לגבי טופס זה, יימסרו למטופל על ידי מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי בלבד
מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי

תאריך: _____

בקשה לקבלת מסמכים רפואיים

פרטי המטופל:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז. / דרכון

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ טלפון: _____ מספר נייד: _____

במקרה שהפונה אינו המטופל

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ טלפון: _____ מספר נייד: _____

***** הוצאת מידע רפואי כרוכה בתשלום על פי תעריפון של משרד הבריאות *****

חובה לצרף צילום ת.ז.

יש לציין תאריך הביקור:		המידע המבוקש:	
<input type="checkbox"/> העתק פיענוח בדיקה במכונים	<input type="checkbox"/> צילום תיק אשפוז במלואו	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> איתור מסמכים <u>מלפני</u> שנת 1967	<input type="checkbox"/> צילום מכתב שחרור ממיון / חדר לידה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> איתור מסמכים <u>אחרי</u> שנת 1967	<input type="checkbox"/> צילום תיק מרפאה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> אחר: _____	<input type="checkbox"/> צילום סיכום מחלה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> צילום דוח ניתוח / צנתור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אופן קבלת המסמכים: (סמן ב X בהתאם למבוקש)

- הגעה עצמית(לאחר מתן הודעה כי החומר מוכן)
 דואר רשום - בתוספת תשלום בהתאם לתעריפי דואר ישראל.
 דואר ישראל

כתובת למשלוח דואר _____

רצ"ב: _____ עיר _____ רחוב ומספר _____ מיקוד _____
 מיופה כח - חובה לצרף טופס ויתור על סודיות רפואית / ייפוי כוח חתום על ידי המטופל / במקרה של נפטר.
בנוסף יש לצרף צילום ת.ז. של מיופה הכוח ושל המטופל.

שם מלא: _____ חתימה: _____

לשימוש מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי:

התקבל על ידי: _____ בתאריך: _____

שם	תאריך	נשלח בדואר	נשלח בדאר רשום	הגיע פיזית	נשלח לכתובת אלקטרוני	נשלח בפקס	תאריך
----	-------	------------	----------------	------------	----------------------	-----------	-------

ניתן לצור קשר עם המחלקה:

באמצעות הפקס: 02-6666911

באמצעות כתובת מייל:

shirachaz@szmc.org.il