



לכבוד

המרכז הרפואי שערי צדק

ירושלים

ייפוי כוח וכתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזה רשות למסור ל \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_

את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות מידע גנטי או מידע על טיפול פסיכיאטרי או נפשי, ובאופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי ועל מחלותי, או על מצב בריאותו/ה ועל מחלותיו/ה של

הגב' /מר: \_\_\_\_\_

הנני משחרר אתכם כל עובד מעובדיכם וכל מי מטעמכם, מחובת שמירה על כל הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או בריאות/ה ולא תהיינה לי כל ו/או לווה אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור.

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

השם והמשפחה: \_\_\_\_\_

הכתובת: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_

ייפוי כח וכתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: \_\_\_\_\_

=====

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

השם והמשפחה: \_\_\_\_\_

הכתובת: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_

חותמת: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

תיאור החומר הנמסר: \_\_\_\_\_

שם המקבל: \_\_\_\_\_ חתימת המקבל: \_\_\_\_\_ תאריך קבלה: \_\_\_\_\_