



לכבוד

המרכז הרפואי שערי צדק

ירושלים

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזה רשות למסור ל _____ בעל ת"ז _____

(להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש על מצבי הרפואי, הבריאותי והנפשי ועל מחלתי כעת, או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, לרבות מידע גנטי או כל מידע על טיפול פסיכיאטרי או נפשי. הנני משחרר אתכם, כל עובד מעובדיכם וכל מי מטעמכם, מחובת שמירה על הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצבי הרפואי, הבריאותי והנפשי, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור.

_____ חתימה:

_____ תאריך:

_____ השם והמשפחה:

_____ הכתובת:

_____ מספר הזהות:

_____ כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

פרטי העד לחתימה (רופא, אח, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, רב, מורשה חתימה בבנק, פקיד רפואי וכיוצ"ב):

_____ השם והמשפחה:

_____ הכתובת:

_____ מספר הזהות:

חותמת:

_____ חתימה:

_____ תאריך:

_____ תיאור החומר הנמסר:

שם המקבל: _____ חתימת המקבל: _____ תאריך קבלת / שליחת חומר: _____