

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד:

עיריית אור עקיבא

אני החתום מטה, מס' ת"ז: _____ נותן הסכמתי בזה לעיריית אור עקיבא, באמצעות "ועדת בחינה לקבלת חניה על פי החוק ועל פי החריגים שבחוק, לפנות לכל עובד רפואי או מוסד רפואי או כל חומר רפואי או תיעוד רפואי הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ולקבל מהם את המידע, החומר הרפואי או התיעוד הרפואי, ומשחרר בזה כל רופא ו/או עובד רפואי של המוסד הרפואי או הגורם אליו פנו המבקשים, מחובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי כאמור ומוותר על הסודיות הרפואית כלפי המבקשים ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוד כלשהו בקשר למסירת המידע הרפואי (בעל ו/או בכתב על גבי מסמכים רשמיים), החומר הרפואי או התיעוד הרפואי ע"י עיריית אור עקיבא באמצעות ועדת בחינה לקבלת חניה על פי החוק ועל פי החריגים שבחוק.

כתב ויתור סודיות זה ניתן לעניין תביעתי על פי החוק הנ"ל.

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: _____ :

אישור חתימה:

אני הח"מ _____ תפקיד _____

מאשר בזה כי החתום מעלה חתם על כתב ויתור סודיות רפואית זה בנוכחותי

_____ חותמת + חתימה

_____ חתימה

_____ תאריך