

ויתור על סודיות רפואית

מדבקה גדולה

לכבוד: בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
טלפון	טלפון	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לבית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד (להלן: "בית החולים") ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל: _____ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים המצויים בידיכם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי.

כמו כן, הנני נותן בזאת רשות לבית החולים ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לידי המבקש את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת בית החולים והרשומים במאגרי המידע של בית החולים.

אני משחרר את בית החולים ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של בית החולים, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל בית החולים ו/או נותני השירותים.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי נגד בית החולים ו/או למי מהרופאים מטעמו ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם, כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

תאריך שם פרטי ושם משפחה חתימה (במקרה של קטין – חתימת אפוטרופוס)

פרטי עד לחתימה: (נציג בית החולים, עורך דין, רופא, עובד סוציאלי, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה לבנק, סוכן ביטוח)

שם פרטי ושם משפחה תעודת זהות תפקיד מספר רישיון

כתובת חתימה תאריך

ייפוי כח (צד שלישי):

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך שם פרטי ושם משפחה חתימה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים וגברים כאחד.