מרכז רפואי אסף הרופא מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | צריפין 70300
מחלקה רשומות ומידע רפואי
טל: 08-9779584 פקס: 08-9779588 דוא"ל: abais@asaf.health.gov.il

Assaf Harofeh Medical Center
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel
Medical record department
Tel: +972-8-9779584 Fax: +972-8-9779588 email: abais@asaf.health.gov.il

ויתור סוד רפואי

שם החולה: _____
משפחה פרטי

מס' זהות:

מספר אשפוז: ☐ _____מחלקה_____ הוזמן ממחלקה_____

☐ מרפאה_____ הוזמן טל' מ- _____ ☐ מיון: _____

מס' קבלה: _____ על סך: _____ כתובת לשליחה: _____

אני הח"מ מבקש בזאת מאת כל רופא, עובד רפואי, בית חולים אסף הרופא למסור ל:

1. _____

2. _____

הערות: _____

_____

את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתדרש על ידי המבקש הנ"ל על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או הנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד ממוסדכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, ומוותר בזאת על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בהקשר להוצאת המידע.

☐ מאשר קבלת המסמכים בדואר _____

מטרת הבקשה: _____

_____
חתימת החולה/ אפוטרופוס/ בא כח

שם עד מאמת החתימה: _____חתימה_____ מס' זהות_____

תאריך: _____
הערה: במידה והחולה אינו יכול להגיע לבית החולים, ניתן לחתום בפני מיופה כח.
על מיופה הכח להצטייד ב- 2 תעודות זהות (של החולה ושל מיופה הכח). או לחליפין לאשר את החתימה על ידי עו"ד/רופא. _____
חתימה וחותמת