

## Assaf Harofeh Medical Center

Affiliated to Sackler Faculty of Medicine

Tel-Aviv University

Zerifin 70300

Israel

## Medical Records Information

Tel: 972-8-9779584

Fax: 972-8-9779588

Abais@asaf.health.gov.il

## מרכז רפואי אסף הרופא

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר

אוניברסיטה תל-אביב

צריפין

70300

## רשומות ומידע רפואי

טל 08-9779584

פקס 08-9779588



## ויתור סוד רפואי

שם החולה: \_\_\_\_\_  
משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_

מס' זהות: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

מספר אשפוז: \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_ הוזמן ממחלקה \_\_\_\_\_

מרפאה \_\_\_\_\_ הוזמן התיק הרפואי מ- \_\_\_\_\_

מיון: \_\_\_\_\_

כתובת לשליחה: \_\_\_\_\_

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד הרפואי/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ומוותר בזאת על סודיות זו כלפי המבקש לגבי 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 לרבות טענות מכח חוק הגנת הפרטיות/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית או כל דין אחר.

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 וחתימת \_\_\_\_\_