

לכבוד

היחידה לקידום איכות ההוראה, מחקר והערכה
הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של בית חולים ו/או לכל קופת חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל שלוחותיו או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות, ואדם אחר כלשהו למסור למבקש את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל באופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי ו/או מצבי הסיעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר.

הנני משחרר/ת את המבקש וכל מי שיוסמך על ידו וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או מוסד רפואי ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ומוותר על סודיותי הרפואית כלפי הנ"ל ומתיר/ה לכל אדם כאמור לתת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי.

לא תהיה לי כלפי המבקש או כלפי המצוינים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מיפה את כוחו של המבקש ו/או כל רופא מטעמכם להגיש בקשת עיון במידע אודותי המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם. כתב ויתור זה מחייב אותי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. ולראיה באתי על החתום:

שם: _____ ת.ז: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

פרטי המוותר:

כתובת: _____

שם קופ"ח _____ סניף _____

שם הרופא המטפל _____

כתובת הרופא המטפל _____

שם הרופא המומחה שנתן חוות דעת _____

כתובת הרופא המומחה שנתן חוות דעת _____