

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד
שירותי רווחה סניף

א.ג.ג

אני החתום מטה, מסי' ת"ז: _____ נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור **לשקמונה – חברה ממשלתית עירונית לשיקום הדיור בחיפה בע"מ** (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקבלתי (מחק את המיותר) או פרטים על _____ ובאופן שיידרש על ידי המבקש.

הנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כני"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: 01.01.2022

פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יחתום על המסמך האפוסטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____

שם האב: _____

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי העד לחתימה:)

תפקיד: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת"ז: _____

כתובת: _____

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____