



תאריך _____

לכבוד
המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא
תל-השומר

הנדון: בקשת סיכום מחלה ו/או חו"ד

שם הנפטר _____ מס' תעודת זהות הנפטר _____

תאריך הפטירה _____

אני הח"מ שם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

מצהיר/ה בזאת שאני בן / בת / אלמן / אלמנה / אב / אם של המנוחה/ה הנ"ל (נא סמן).

אני מבקש/ת סיכום מחלה ו/או דו"ח נתיחה של המנוחה/ה הנ"ל, הדרך לי לצורך:

אני מצהיר/ה ומתחייב/ת לפצות ו/או לשפות את מדינת ישראל ו/או המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, בגין כל נזק ו/או סכום בו יחויבו, עקב מסירת המידע הרפואי הנ"ל, מיד עם דרישתכם. כמו-כן, אני נותן/ת את הסכמתי כי המידע הרפואי הנ"ל יימסר לכל קרוב אחר מדרגה ראשונה של המנוחה/ה (הורים, ילדים, בן/בת זוג).

אבקש לקבל את המידע באופן כדלקמן:

א. למסור לידי או לשלוח לכתובתי הנ"ל.

ב. למסור בידי גב"מר _____ חתימת המבקש _____

אישור מחלקת רשומות ו/או מזכירות רפואית:

זיהינו את המבקש/ת עפ"י _____

שם המזהה _____ חתימה _____