

תאריך _____

לכבוד
המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא
תל - השומר

א.נ.

הנדון: ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה מבקש/ת בזה למסור ל-:

כל מידע שידרש ע"י הנ"ל או ב"כ המוסמך למחלתי, מצבי הרפואי,
הטיפול שניתן לי ותוצאותיו.

תעודה זו נחוצה לי לצורך _____

בחתימתי להלן יש לראות גם ויתור על חובת שמירת הסודיות שחלה עליכם לפי
חוק.

שם: _____

מס' זהות: _____

מס' חולה: _____

חתימת המטופל: _____

נחתם בנכחותי

שולם סך _____ שקלים חדשים

שם משפחה _____

חתימה _____

לפי קבלה מס. _____

נמסר לחולה ביד