

מדינת ישראל - משרד הבריאות  
המרכז הרפואי לגליל

القسم:

التاريخ:

لحضرة،  
المركز الطبي للجليل  
نهريا  
السيدة المحترمة:

## الموضوع: نموذج تنازل عن السرية الطبية ויתור על סודיות רפואית

אנא המועד אדנא אטיח בזה למؤسسة الطبية و/أو لأي موظف من موظفيها و/أو شخص آخر نيابة عنها أو من قبلها بتزويد:  
(فيما يلي: "طالب المعلومات") بجميع المعلومات، دوان استثناء، حول وضعي الطبي، و/أو أي مرضت أصبت به في الماضي و/أو المصاب به حالياً، بما في ذلك معلومات حول العلاجات النفسية وغيرها من العلاجات التي تلقيتها (احذف الزائد) أو معلومات حول: وبالطريقة التي يطلبها طالب المعلومات. وأنا أعفيكم بهذا أنتم و/أو أي موظف من موظفيكم و/أو شخص آخر نيابة عنكم أو من قبلكم من واجب الحفاظ على السرية الطبية في جميع الأمور المتعلقة بصحتي أو بحالة مرضي، وأتنازل عن هذه السرية لطالب المعلومات ولن يكون لدي أي ادعاء أو دعوى من أي نوع فيما يتعلق بما ذكر أعلاه، بما في ذلك ادعاءات بموجب قانون الخصوصية أو قانون حقوق المرضى فيما يتعلق بالسرية الطبية أو أي قانون آخر.

تفاصيل المريض / الوصي (احذف الزائد):

اسم العائلة	الاسم الأول	رقم الهوية
التاريخ		التوقيع
اسم العائلة	الاسم الأول	رقم الهوية
التاريخ		التوقيع

التنازل عن السرية بموجب هذا النموذج ساري المفعول حتى تاريخ: \_\_\_\_\_

اسم العائلة	الاسم الأول	رقم الهوية
العنوان:	رقم الرخصة:	
الختم	التوقيع	

وصف المواد المقدمة:

اسم وتوقيع المستلم:

تاريخ استلام/ارسال المواد: