

מדינת ישראל - משרד הבריאות  
המרכז הרפואי לגליל

מחלקה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד,  
המרכז הרפואי לגליל  
נהריה.

ג. א. נ.,

## הנדון: ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל: \_\_\_\_\_ (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי (מחק את המיותר) או פרטים על: \_\_\_\_\_ ובאופן שידרש על-ידי המבקש, והנני 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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

### פרטי המטופל / אפוטרופוס (מחק את המיותר):

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
_____	_____	_____
תאריך	חתימה	_____
_____	_____	_____
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
_____	_____	_____
תאריך	חתימה	_____
_____	_____	_____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: \_\_\_\_\_

### פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח):

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
_____	_____	_____
כתובת:	מספר רישיון:	_____
_____	_____	_____
חותמת	חתימה	_____
_____	_____	_____

תיאור החומר הנמסר: _____
שם וחתימת המקבל: _____
תאריך קבלת / שליחת החומר: _____