

הנדון: כתב ויתור על סודיות רפואית - מידע רפואי "חסוי ביותר"

אני החתום מטה, _____, ת.ז. _____, מבקש בזאת ממדיקה להעביר אליי, באמצעות משלוח בדואר / דוא"ל / לכתובת / לפקס: _____, או לחילופין נותן בזאת את רשותי למדיקה ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשליחותה, למסור ל: _____ ("המוסד המבקש") או מי מטעמו, את כל המידע הרפואי עליי המצוי בידי מדיקה, לרבות אך מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, מידע 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, ככל שקיבלתי, או פרטים על: _____ (פירוט), ולרבות מידע גנטי, ככל שרלוונטי, ובאופן שיידרש על ידי המוסד המבקש, מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, הנני נותן בזאת את רשותי למדיקה ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשליחותה, למסור אליי או למוסד המבקש או מי מטעמו גם את המידע הרפואי הבא, הנחשב "חסוי ביותר": _____.

(פירוט המידע הרפואי הנחשב "חסוי ביותר").

על אף האמור לעיל, אינני נותן את הסכמתי למסירת מידע רפואי הנוגע בעניינים הבאים: _____ (סייגים למידע הרפואי שניתן למסור, ככל שרלוונטי).

הנני משחרר בזאת את מדדיקה ו/או את עובדיה ו/או את כל מי שפועל מטעמה או בשליחותה, מחובת שמירה על סודיות רפואית מכוח כל דין ו/או הסכם, בכל הנוגע למידע הרפואי האמור, לרבות מידע על מצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור לעיל ולרבות המידע הרפואי הייחוסו ביותר, ומוותר בזאת באופן סופי, מוחלט, ובלתי חוזר על סודיות זו כלפי המוסד המבקש בקשר עם המידע הרפואי האמור, ולא תחיינה לי אליכם כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה, מכל מין וסוג שהוא, כתוצאה מחפרת חובת הסודיות האמורה או בגינה, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981, ו/או חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הנני מסכים כי מסירת המידע לפי כתב ויתור זה, לרבות המידע הרפואי הייחוסו ביותר, לא תחווה הפרת חובת סודיות מסוג כלשהו המוטלת על מדדיקה ו/או מי מטעמה כלפיי, על פי כל דין ו/או הסכם. ולראיה, באתי על החתום היום, _____:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

כתובת מגורים: _____ טלפון: _____ שנת לידה: _____

עד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, בעל אחד ממקצועות הבריאות ברישיון, רשם מידע רפואי או מינתלן רפואי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח או, במקרים הרלוונטיים, פקד של המוסד לביטוח לאומי): (לחלופין, ניתן להסתפק בהצעת תעודת זהות של המטופל)

שם מלא: _____ מסי רשיון/ת.ז.: _____ חתימה וחתימת: _____

כתובת ליצירת קשר: _____ טלפון: _____

תאור החומר הנמסר:

חריני מאשר בזאת את קבלת כל החומר הנמסר כמפורט לעיל.

שם מקבל המידע: _____ ת.ז.: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

כתובת מגורים: _____ טלפון: _____ דוא"ל: _____