תאריך: _____

לכבוד

מדיקה אקסל תל אביב בע"מ ("מדיקה")

הנדון: כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, _____, ת.ז. _____, 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,

אך למעט: _____

_____

(סייגים למידע הרפואי שניתן למסור, ככל שרלוונטי).

הנני משחרר בזאת את מדיקה 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, ומוותר בזאת באופן סופי, מוחלט, ובלתי חוזר על סודיות זו כלפי המוסד המבקש בקשר עם המידע הרפואי האמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה, מכל מין וסוג שהוא, כתוצאה מהפרת 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, לא תהווה הפרת חובת סודיות מסוג כלשהו המוטלת על מדיקה 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 מינהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח או, במקרים הרלוונטיים, פקיד של המוסד לביטוח לאומי): (לחלופין, ניתן להסתפק בהעתק תעודה מזהה של המטופל)

שם מלא: _____ מס' רשיון/ת.ז.: _____ חתימה וחותמת: _____

כתובת ליצירת קשר: _____ טלפון: _____

תיאור החומר הנמסר: _____

_____

_____

הריני מאשר בזאת את קבלת כל החומר הנמסר כמפורט לעיל.

0131.ט

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

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