



כתב ויתור סודיות רפואית

לכבוד מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל
א.ג.

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 _____ (פירוט), כולל מידע גנטי, 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 מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל
טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות
רפואית ו/או כל דין אחר.

סייגים למידע שניתן למסור: _____

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפטרופוס החוקי).

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' תעודת זהות _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

תאריך _____ חתימה _____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

פרטי העד לחתימה: (רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברישיון, רשם מידע רפואי או מינהלן רפואי,
מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח), כמפורט בדוגמה לטופס המצ"ב בנספח ג' לחוזר זה, ולחילופין
העתק תעודה מזהה של המטופל או (במקרים בהם קיים קושי לאתר עד לחתימה) - צירוף צילום תעודה
מזהה של המבקש החתום על כתב ויתור סודיות.

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' תעודת זהות _____

כתובת _____ מס' רשיון _____

חותמת _____ חתימה _____

תאור החומר הנמסר

שם וחתימת המקבל _____ תאריך קבלה/ שליחת החומר _____