

ד"ר גיל זלצמן, מנהל
מומחה בפסיכיאטריה כללית ונפסיכיאטריה של הילד

איבחון, יעוץ וטיפול לילדים, נוער ומבוגרים
טיפול פסיכיאטרי, פסיכותרפיה, היפנוזה,
ביופידבק, בדיקות קשב וריכוז

טלפקס: 03-6439976
ברזדצקי 36 ק"ק רמת אביב
מיקוד 69051 ת"א
www.zalsman.org



כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המוסד הרפואי _____

א.נ.

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 שיידרש 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 מבקש, 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: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחתום הינו האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

כתובת: _____

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	השם הפרטי	מספר הזהות
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

כתובת: _____ מס' רשיון _____

חותמת: _____ חתימה: _____

תאור החומר הנמסר _____

שם וחותמת המקבל _____ תאריך קבלת /שליחת החומר _____

ד"ר גיל זלצמן, מנהל
מומחה בפסיכיאטריה כללית ונפסיכיאטריה של הילד

איבחון, יעוץ וטיפול לילדים, נוער ומבוגרים
טיפול פסיכיאטרי, פסיכותרפיה, היפנוזה,
ביופידבק, בדיקות קשב וריכוז

טלפקס: 03-6439976
ברזדצקי 36 ק"ק רמת אביב
מיקוד 69051 ת"א
www.zalsman.org

