

## כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד \_\_\_\_\_ פרופ' גיל זלצמן  
א.ג.ג.

אני החתום מטה נותן בזה רשות לכם, 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)  
פרטים על המטופל הנ"ל

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 שהחותם 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)

זלצמן \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ 58877119 \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ השם הפרטי \_\_\_\_\_ מספר הזהות \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ הנדיב 71 הרצליה

מס' רשיון \_\_\_\_\_ 26014

חותמת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_