

**TLV רפואי תל אביב בע"מ**

תאריך:

הנדון: כתוב ויתור על סודיות רפואי - מידע רפואי "חסוי ביוטר"

אני החתום מטה, _____, ת.ז. _____, מבקש בזאת **TLV רפואי** להעביר אליו, באמצעות שלוחה לדואר / דוא"ל / בכתב / לפקס: _____, או ליחוף נווט בזאת את רשותי ל- **TLV רפואי** ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשילוחתה, למסור ל: _____ ("המוסד המבוקש") או מי מטעמו, את כל המידע הרפואי עלי הקיים בידי **TLV רפואי**, לרבות אך מבלי לגרוע מכלויות האמור לעיל, מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחילתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה בעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי, ככל שקיבلتி, או פרטיהם על: _____ (פירוט הרפואי הנחשי הנחשב "חסוי ביוטר").

מבלי לגרוע מכלויות האמור לעיל, הנני נותן בזאת את רשותי למדיקה ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשילוחתה, למסור אליו או למוסד המבוקש או מי מטעמו גם את המידע הרפואי הבא, הנחשב "חסוי ביוטר": _____ (פירוט הרפואי הנחשי הנחשב "חסוי ביוטר").

על אף האמור לעיל, אינני נותן את הסכמתנו למסירת מידע רפואי הנוגע בעניינים הבאים: _____ (סיגים למידע רפואי שנית למסור, ככל שרלוטוני).

הנני משחרר בזאת את **TLV רפואי** ו/או את עובדיה ו/או את כל מי שפועל מטעמה או בשילוחתה, מחייב שמירה על סודיות רפואיות מכוח כל דין ו/או הסכם, בכל הנוגע למידע הרפואי האמור, לרבות מידע על מצב בריאותי ו/או רפואיות כי אמר如此 ו לרבות המידע הרפואי "חסוי ביוטר", ומוטר בזאת באופן סופי, מוחלט, ובתמי חזר על סודיות זו כלפי המוסד המבוקש בקשר עם המידע הרפואי האמור, ולא תהינה לי אליכם כל טענה ו/או דרישת ו/או תביעה, מכל מין וסוג שהוא, כתוצאה מהפרת חובת הסודיות האמורה או בגיןה, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטאות, תשמ"א-1981, ו/או חוק זכויות החולים, תשנ"ו-1996. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הנני מסכים כי מסירת המידע לפי כתוב ויתור זה, לרבות המידע הרפואי "חסוי ביוטר", לא תהווה הפרת חובת סודיות מסווג כלשהו המוטלת על **TLV רפואי** ו/או מי מטעמה לפני, על פי כל דין ו/או הסכם.

ולראיה, באתי על החתום היום, _____:

שם מלא: _____
חתימה: _____
ת.ז.: _____כתובת מגורים: _____
טלפון: _____
שנת לידיה: _____

עד לחתימה (רופא, אחיות, עוזיד, בעל אחד מקצועות הבריאות בראשון, רשם מידע רפואי או מנהל רפואי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח או, במקרים הרלוונטיים, פקיד של המוסד לביטוח לאומי): (לחופין, ניתן להסתפק בהעתק תעודה מהה של המטופל)

שם מלא: _____
מספר רישון/ת.ז.: _____
חתימה וחותמת: _____כתובת ליצירת קשר: _____
טלפון: _____תיאור החומר הנמסר: _____

הריני מאשר בזאת קיבלת כל החומר הנמסר כמפורט לעיל.

שם מקבל המידע: _____
תאריך: _____
חתימה: _____כתובת מגורים: _____
טלפון: _____
דוא"ל: _____