



תאריך:

**TLV מדייקל תל אביב בע"מ****הנדון: כתוב ויתור על סודות רפואית**

אני החתום מטה, \_\_\_\_\_, מבקש בזאת TLV מדייקל להעביר אליו, באמצעותו שלחו לדוא"ל / לכתובת / לפקס: \_\_\_\_\_, או לחילופין נתן בזאת את רשותי ל- TLV מדייקל ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועלה מטעמה או בשילוחתה, למסור ל: \_\_\_\_\_ ("המוסד המבוקש") או מי מטעמו, את כל המידע הרפואי עלי הקיים בידי TLV מדייקל, לרבות אך מבלי לגרוע מכליות האמור לעיל, מידע על מצב בריאותו ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר ו/או שהנני חולה בה בעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבلت, ככל שקיבلت, או פרטיהם על: \_\_\_\_\_ (פירוט), לרבות מידע גנטי, ככל שרלוונטי, \_\_\_\_\_  
ובאופן שיידרש על ידי המוסד המבוקש, \_\_\_\_\_  
אך למעשה: \_\_\_\_\_

(סיגים למידע הרפואי שניתן למסור, ככל שרלוונטי).

הנני משחרר בזאת את TLV מדייקל ו/או את עובדיה ו/או את כל מי שפועל מטעמה או בשילוחתה, מחייבת שמירה על סודות רפואית מכוח כל דין ו/או הסכם, בכל הנוגע למידע הרפואי האמור, לרבות מידע על מצב בריאותו ו/או מחלותיו כאמור לעיל, ומותר בזאת באופן סופי, מוחלט, ובבלתי חזר על סודות זו כלפי המוסד המבוקש בקשר עם המידע הרפואי האמור, ולא תהינה לי אליכם כל טענה ו/או דרישת ו/או תביעה, מכל מנין וסוג שהוא, כתוצאה מהפרת חובה הסודות האמורה או בגיןה, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א-1981, ו/או חוק זכויות החולים, תשנ"ו-1996. מבלתי גרווע מהאמור לעיל, הנני מסכים כי מסירת המידע לפי כתוב ויתור זה, לא תהווה הפרת חובה סודות מסווג כשלחו המוטלת על TLV מדייקל ו/או מי מטעמה כלפי, 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, אחיות, עוזיד, בעל אחד מקצועות הבריאות ברישון, רשם מידע רפואי או מינהן רפואי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח או, במקרים הרלוונטיים, פקיד של המוסד לביטוח לאומי): (לחילופין, ניתן להסתפק בהעתק תעודה מהה של המטופל)

שם מלא: \_\_\_\_\_ מס' רישון/ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

כתובת ליצירת קשר: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

תיאור החומר הנמדד: \_\_\_\_\_

הריני מאשר בזאת את קבלת כל החומר הנמדד כמפורט לעיל.

שם מקבל המידע: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_