

# כתב ויתור סודיות רפואית

\_\_\_\_\_

מס' ת.ז. (9 ספרות)

\_\_\_\_\_

שם האב

\_\_\_\_\_

שם פרטי

\_\_\_\_\_

שם משפחה

\_\_\_\_\_ מיקוד

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

מרשה בזה לכל אחת מהוועדות המנויות בחוק לפיצוי נפגעי הגזזת ה'תשנ"ד-1994, דהיינו ועדת המומחים, ועדה רפואית וועדה רפואית לעררים או ל"מרכז הארצי לנושא הגזזת" (להלן: "המבקשים") לפנות לכל עובד רפואי או מוסד רפואי או כל חומר רפואי או תיעוד רפואי הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כעת ולקבל מהם את המידע, החומר הרפואי או התיעוד הרפואי, ומשחר בזה כל רופא או כל עובד רפואי של המוסד הרפואי או הגורם אליו פנו המבקשים מחובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי כאמור ומוותר על הסודיות הרפואית כלפי המבקשים ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוד כלשהו בקשר למסירת המידע הרפואי, החומר הרפואי או התיעוד הרפואי ע"י אחד הגורמים המנויים לעיל.

כתב ויתור סודיות זה ניתן לעניין תביעתי על פי החוק הנ"ל.

אם הינך מסכים/ה להשתתף במחקר בנושא הגזזת, דבר שיתרום לידע בנושא, נא סמן/י בעיגול: **הסכמה או אי הסכמה להשתתף במחקר לא תשפיע בשום צורה על מימוש הזכויות לפי החוק פיצוי נפגעי גזזת.**

מסכים/ה / לא מסכים/ה

ולראיה באתי על החתום:

\_\_\_\_\_

חתימה

\_\_\_\_\_

תאריך

## אישור חתימה

\_\_\_\_\_ תפקיד

אני הח"מ \_\_\_\_\_

מאשר בזה כי החתום מעלה חתם על כתב ויתור סודיות רפואית זה בנוכחותי.

\_\_\_\_\_

חותמת

\_\_\_\_\_

חתימה

\_\_\_\_\_

תאריך