

**Бланк заявления о выходе из израильской сети совместного доступа к
медицинской информации для лиц младше 18 лет (OPT OUT)**

Заявление

Я, _____,

Фамилия

имя

номер удостоверения личности:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

пол: Ж/М дата рождения: _____ адрес: _____

Я, _____,

Фамилия

имя

номер удостоверения личности:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

пол: Ж/М дата рождения: _____ адрес: _____

Родители

Номер удостоверения личности:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Фамилия

имя

пол: Ж/М дата рождения: _____ адрес: _____

члена больничной кассы: _____, заявляем настоящим следующее:

1. Я прочитал/а информационный листок и понял/а следующее:

1. Израильская сеть совместного доступа к медицинской информации позволяет показать лечащему персоналу в больницах по всему Израилю медицинскую информацию из медицинского дела моего сына/моей дочери, хранящуюся в медицинских учреждениях, в которых он проходил лечение — в больницах и в больничных кассах.
2. В системах совместного доступа к медицинской информации установлены системы для защиты секретности информации, и система следит за каждым просмотром медицинского дела моего сына/моей дочери, и документирует его.
3. Просьба вывести моего сына/мою дочь из этой сети, означает, что медицинская информация о нём/о ней (из больниц и больничных касс), доступная посредством сети совместного доступа, не будет доступна медицинскому персоналу, занимающемуся его/её лечением, и медицинскому персоналу придётся полагаться исключительно на информацию, которую я предоставлю о его медицинской истории, лекарствах, которые он/а принимает, аллергии на лекарства и т.д. Если я не смогу сообщить медицинскому персоналу вышеуказанную информацию, у медицинского персонала, занимающегося лечением моего сына/моей дочери, не будет доступа к этой медицинской информации из других медицинских учреждений.

**Бланк заявления о выходе из израильской сети совместного доступа к
медицинской информации для лиц младше 18 лет (OPT OUT)**

номер удостоверения личности:

Родители:

Номер удостоверения личности:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ ,

Фамилия

имя

предстали передо мной и были опознаны мной посредством опознавательного документа, получили информационный листок об израильской сети совместного доступа к медицинской информации и о значении выхода из этой сети, и подписали настоящий бланк в моём присутствии.

Имя опекуна: _____ Подпись: _____ Дата: _____