

נוהל מס' 03.30.01.02	מהדורה 3-2018	תוקף מתאריך 07.2014	עמוד 1 מתוך 1 עמודים
שם הנוהל: קבלת נבדק MRI		מאשר: צחי פיינה, מנכ"ל	

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

מור אינסייד בע"מ

, א.ג.ב.,

אני החתום /ה מטה ,

פרטי הנבדק/ת: _____

(שם פרטי)

(שם משפחה)

פרטי האפטרופוס: _____

(שם פרטי)

(שם משפחה)

בעל/ת מ"ז _____ כתובת _____

נותן בזה רשות למור מאר בע"מ ו / או לעובדיה ו/או למי מטעמה, למסור ל _____ (להלן "המבקש"), את

כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש בקשר עם הבדיקות אותן ערכתי במור מאר, תוצאותיהן, וכל הכרוך והקשור בכך, לרבות מידע על מצב בריאותי ו/או כל מחלה ו/או כל טיפול שקבלתי.

הנני משחרר / ת אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד אחר ו/או מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות

רפואית לגבי כל מידע המצוי אצלכם בכל הנוגע למצב בריאותי ו / או מחלותיי ו / או בדיקות שערכתי ומוותר/ת על סודיות

רפואית כלפי המבקש, ולא תהיה לי כלפיכם כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכח חוק הגנת

הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לענין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. כתב זה מחייב אותי, את בא כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מ"ז _____

תאריך _____ חתימה _____

במקרה שהנבדק/ת אינו כשיר/ה לחתום – פרטי האפטרופוס החותם*:

שם האפטרופוס _____ מס' ת.ז. _____ קשר לנבדק/ת _____ חתימה _____

* לאפטרופוס ממונה – לצרף העתק מאושר של צו המינוי.

פרטי עד לחתימה**שם: _____ ת.ז. _____ חתימה _____ מס' _____

רשיון _____ חותמת _____

** עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח.

• יש לצרף צילום ברור של תעודת הזהות

• יש להקפיד על כתב ברור וקריא