

כתב ויתור על סודיות רפואית

אל:

המרכז הירושלמי לבריאות הנפש

ביה"ח כפר-שאול ו/או ביה"ח איתנים ו/או יחידות הטיפול בקהילה

אני החתום מטה נותן בזה רשות למרכז הירושלמי לבריאות הנפש ו/או יחידות הקהילה ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל-

להלן "המבקש" ו/או "המקבל"

את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על (מחקר המיוזר) מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי או פרטים על (במקרה של מידע מסווג המתייחס לטיפול מסוים או אירוע מסוים או תקופה מסוימת):
ובאופן שיידרש על ידי המבקש, והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי נותן הרשות: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא חתימת ההורה/ים או האפוטרופוס החוקי במקום המיועד להלן)

שם פרטי	שם משפחה	מס. תעודת זהות
כתובת	תאריך	

חתימה

פרטי ההורה/ים או האפוטרופוס: • יש לוודא שהחותם היינו האפוטרופוס החוקי;
• במקרה של אי-הסכמה בין הורים יש להחתים את שני ההורים;

שם פרטי	שם משפחה	מס. תעודת זהות
כתובת	תאריך	

חתימה

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך:

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, רשמת רפואית)

שם פרטי	שם משפחה	
תפקיד	מס. רישון	חותמת וחתימה

לשימוש המרכז למידע רפואי (רשומות רפואיות) ו/או היחידה המוסרת

תאור החומר הנמסר	
שם וחתימת המקבל	תאריך
פרטי מוסר החומר	

ויתור סודיות רפואית/ 2007

בקשה להעברת מידע רפואי

תאריך: _____

לכבוד: _____

הנדון: (שם המטופל ומספר ת"ז)

הנ"ל מטופל/ת במסגרת המרכז הירושלמי לבריאות הנפש (ביה"ח איתנים, כפר שאול ו/או יחידות הטיפול בקהילה). לצורך המשך טיפול יעיל במטופל/ת, נבקש/ך/כם להעביר לידינו מידע כדלקמן:

כל מידע שיימסר על ידך/כם יהווה רשומה רפואית של המטופל/ת, ויחולו עליו כללי הסודיות הרפואית.

את המידע אבקש/ך/כם להעביר לידי _____

בתודה,

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות ל (שם המוסד או המטפל המעביר) - להעביר למרכז הירושלמי לבריאות הנפש (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על (מחק את המיותר) מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ו/או פרטים על (במקרה של מידע מסווג המתייחס לטיפול מסוים או אירוע מסוים או תקופה מסוימת): ובאופן שידרש על ידי המבקש, והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על חובת סודיות זו כלפי המרכז הירושלמי לבריאות הנפש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי נותן הרשות: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא חתימת ההורה/ים או האפוטרופוס החוקי במקום המיועד להלן)

מס. תעודת זהות

שם משפחה

שם פרטי

חתימה

תאריך

כתובת

פרטי ההורה/ים או האפוטרופוס: במקרה של אי-הסכמה בין הורים יש להחתים את שני ההורים;

מס. תעודת זהות

שם משפחה

שם פרטי

חתימה

תאריך

כתובת

פרטי העד לחתימה:

חותמת וחתימה

ויתור סודיות רפואית/ 2007