



**מרכז רפואי
מעניי הישועה**

מיסודו של ד"ר משה רוטשילד ז"ל

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב
אקדמיים צ"מ נאמן

ויתור על סודיות רפואית ומתן אישור למשלוח חומר רפואי בפקס/דואר אלקטרוני/דואר

אני הח"מ, מבקש להעביר אליי (יש לבחור ולסמן באפשרות המבוקשת):

- ☐ תיק רפואי משנת: _____
- ☐ חומר אשפוז שהיה בין התאריכים: _____
- ☐ מסמך דרוש: _____

המצוי בידי המרכז הרפואי מעניי הישועה (להלן: "המרכז הרפואי");

אני מבקש להעביר אליי את החומר באמצעות (יש לבחור ולסמן באפשרות המבוקשת)

- ☐ פקס שמספרו: _____ (אשפוזים ותיקים שלמים לא יועברו בפקס)
- ☐ דואר אלקטרוני: _____
- ☐ דואר ישראל, לכתובת: _____

אני מודע לכך שבהעברת החומר הרפואי באמצעות פקס / דואר אלקטרוני / דואר כמבוקש על ידי, לא ניתן להבטיח שמירה על סודיות מצד המרכז הרפואי ביחס לחומר המועבר.

אי לכך, קבלת החומר המועבר אלי, הינו באחריותי בלבד ואני משחרר בזאת את המרכז הרפואי ו/או עובדיו ו/או את כל מי שפועל מטעמו ו/או בשליחותו, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע לשליחת כל החומר הרפואי כאמור, ולא תהינה לי כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע, לרבות טענות ו/או תביעות מכח חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 ו/או חוק זכויות החולה, התשנ"ז – 1996 ו/או כל דין אחר.

על החתום:

שם מלא: _____ ת.ז. _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טלפון: _____

תוקף ויתור סודיות זה בצירוף ת.ז. + ספח בלבד.

פרטי העד לחתימה: (רופא / עו"ד / עו"ס)

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____

כתובת: _____

תפקיד: _____ מס' רישיון: _____

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____



mymc.co.il

מחלקת רשומות רפואיות

טל: 03-5771241 | פקס: 03-5771267 | archive@mhmc.co.il