



ויתור סודיות וייפוי כח לצורכי ויתור סודיות רפואית

לכבוד אסותא מרכזים רפואיים,

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	תאריך לידה
----------	---------	------------	--------	------------

רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טלפון
------	------	-----	-------	-------

נותן בזה רשות לאסותא מרכזים רפואיים (להלן: "אסותא") ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לי: _____ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים המצויים בידיכם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי.

כמו כן הנני נותן בזאת רשות לאסותא ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לידי המבקש את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת אסותא והרשומים במאגרי המידע של אסותא.

אני משחרר את אסותא ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של אסותא, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל אסותא ו/או נותני השירותים.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי נגד אסותא ו/או למי מהרופאים מטעמה ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת מידע כאמור, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה (במקרה של קטין – חתימת אפוטרופוס)
-------	-------------------	---

פרטי עד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברישיון, רשם רפואי או מנהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח):

שם פרטי ושם משפחה	תעודת זהות	תפקיד	מספר רישיון
-------------------	------------	-------	-------------

כתובת	חתימה	תאריך
-------	-------	-------

ייפוי כח (צד שלישי):

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------