

תאריך:

לכבוד

מדיكا אקסל תל אביב בע"מ ("mdiqa")

הנדון: כתוב ויתור על סודיות רפואי - מידע רפואי "חסוי ביוטר"

אני החתום מטה, _____, מבקש בזאת מmdiqa להעביר אליו, באמצעות שלוחה בדואר / דוא"ל / לכתובות / לפקס: _____, או לחילופין נתן בזאת את רשותי למדיקה ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשילוחתה, למסור ל: _____ ("המוסד המבוקש") או מי מטעמו, את כל המידע הרפואי עלי המשוי בידי מדיקה, לרבות אך מבליל גרווע מכלויות האמור לעיל, מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלת שחלתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה בעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבلتני, ככל שקיבلتני, או פרטים על: _____ (פירוט), ולרבות מידע גנטי, ככל שרלוטוני, ובאופן שיידרש על ידי המוסד המבוקש, מבלי לגרוע מכלויות האמור לעיל, הנני נתן בזאת את רשותי למדיקה ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשילוחתה, למסור אליו או למוסד המבוקש או מי מטעמו גם את המידע הרפואי הבא, הנחשב "חסוי ביוטר": _____ (פירוט המידע הרפואי הנחשב "חסוי ביוטר").

על אף האמור לעיל, איןני נותן את הסכמי למסירת מידע רפואי הנוגע בעניינים הבאים: _____ (סימנים למידע רפואי שניtan למסור, ככל שרלוטוני).

הנני משחרר בזאת את מדיקה ו/או את עובדיה ו/או את כל מי שפועל מטעמה או בשילוחתה, מחובת שמירה על סודיות רפואי המכוח כל דין ו/או הסכם, בכל הנוגע למידע הרפואי האמור, לרבות מידע על מצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור לעיל ולרבות המידע הרפואי "חסוי ביוטר", ומוטר בזאת באופן סופי, מוחלט, ובלתי חזר על סודיות זו כלפי המוסד המבוקש בקשר עם המידע הרפואי האמור, ולא תהינה לי אליכם כל טענה ו/או דרישת ו/או תביעה, מכל מין וסוג שהוא, כתוצאה מהפרת חובת הסודיות האמורה או בגיןה, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א-1981, ו/או חוק זכויות החולים, תשנ"ו-1996. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הנני מסכים כי מסירת המידע לפי כתוב ויתור זה, לרבות המידע הרפואי "חסוי ביוטר", לא תהווה הפרת חובת סודיות מסווג כלשוה המוטלת על מדיקה ו/או מי מטעמה כלפי, על פי כל דין ו/או הסכם.

ולראיה, באתי על החתום היום, _____ :

שם מלא: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

כתובת מגורים: _____ טלפון: _____ שנת לידה: _____

*כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

עד לחתימה (רופא, אחיות, עו"ד, בעל אחד מקצועות הבריאות בראשון, רשם מידע רפואי או מינהן רפואי, מורה חתימה בבנק, סוכן ביטוח או, במקרים הפלוניים, פקיד של המוסד לביטוח לאומי): (לחילופין, ניתן להסתפק בהעתק תעודה מזהה של המטופל)

שם מלא: _____ מס' רישון/ת.ז.: _____ חתימה וחותמת: _____

כתובת ליצירת קשר: _____ טלפון: _____

תיאור החומר הנמדד: _____

הריני מאשר בזאת את קבלת כל החומר הנמדד כמפורט לעיל.

שם מקבל המידע: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

כתובת מגורים: _____ טלפון: _____ דוא"ל: _____