

הצהרת מטופל על ויתור סודיות רפואית

לכבוד

גל מכשירי שמיעה בע"מ.
מוסד רפואי.

אני החתום מטה, מס' ת"ז: _____ נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל_____ (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולי שיקום שמיעה ו/או מצב שמיעתי.

הנני 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 תהיה 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.

הנני משחרר אתכם מכל מקרה של פגיעה בפרטיותי, וכמו כן לא תהינה לי כל תלונה ו/או טביעה כלפיכם בהווה ובעתיד.

כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף החל מתאריך _____

שם משפחה:	_____	שם פרטי:	_____
ת"ז	_____	כתובת:	_____
תאריך:	_____	חתימה	_____

פרטי המטופל (במקרה של קטין או אדם שמונה לו אפוטרופוס, יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי):