

מדבקה גדולה

בקשה להתקבל לטיפול במסגרת בית החולים**וכתב ויתור על סודיות רפואית**

פרטי המטופל/ת

שם משפחה:	שם פרטי:	שם האב:	מספר הזהות: ס"ב
מען מגורי המטופל/ת:	תאריך לידה:	מספר טלפון:	

- אני החתום מטה, מבקש לקבל/לי לקבל את המטופל/ת* לטיפול בבית החולים, על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים אחרים.
- אני מבקש/ת שהרופאים, הסגל הסייעודי וכל צוות העובדים, בין המועסקים על-ידי בית החולים ובין המוזמנים על ידי, יקבעו ויבצעו את ההליכים הנחוצים, יערכו בדיקות ויתנו לי/למטופל/ת* כל טיפול דרוש לפי שיקול דעתם המקצועית תאם לנסיבות המקרה.
- אני מאשר/ת לשתף את רב המרכז הרפואי, הועד הרבני ו/או רבנים שימונו מטעמים במקרים מיוחדים וספציפיים, לצורך שמירת ההלכה, כנהוג במרכז הרפואי. במקרה של **סירוב**, נא חתימתך כאן: _____
- אני מאשר/ת שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי/למטופל/ת* בבית החולים וכי ידוע לי ואני מסכים/ת שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים; אני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.
- אני מסכים/ת ומאשר/ת לעשות שימוש בפרטים דלעיל לצורכי דיוור ו/או יצירת קשר לצורך בדיקת אפשרות לתרומה. ידוע לי שאני רשאי לבטל את הסכמתי זו בכל עת. במקרה של **סירוב** נא חתימתך כאן: _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני מאשר /ת בזאת למרכז הרפואי מעיני הישועה ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, למסור לקופ"ח / חברת הביטוח (להלן: "הקופה" / "חברת הביטוח") את כל הפרטים כדלקמן ובאופן שיידרש ע"י המבקש:

- על בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה כעת.
- מידע על טיפולים פסיכיאטרים ו/או נפשיים אחרים שקיבלתי.
- על כל טיפול שקבלתי, מקבל, אקבל במסגרת בית החולים.
- פירוט ימי האשפוז ו/או הטיפול אשר טופלתי בבית החולים.
- פרטים אישיים שלי הקשורים לטיפול הרפואי שאקבל ו/או לביטוח בו הנני מבוסס, או פרטים על _____

הנני משחרר/ת בזאת אתכם או כל רופא מרופאיכם או כל עובד אחר מעובדיכם מחובת שמירה על הפרטיות ו/או חובת שמירה על הסודיות הרפואית ביחס לפרטים המפורטים דלעיל, ומוותר על סודיות זו כלפי הקופה / חברת הביטוח.
הנני מוותר/ת בזאת על כל טענה או תביעה מסוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור ובין היתר על כל טענה לפגיעה בזכויותיי ע"פ חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981, ו/או חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996, ו/או כל חוק ו/או כל דין אחר.



תאריך: _____ / _____ / _____ שעה: _____: _____ חתימת המטופל: _____

פרטי האפוטרופוס ואישורו (אם המטופל קטין, פסול דין או חולה נפש):

שם מלא: _____ קרבה: _____ מס' תעודת זהות: _____ חתימה: _____