



טופס יפוי כח וויתור על סודיות רפואית - מעבדה

אני הח"מ _____ מייפה את כוחו של _____ (שם פרטי ומשפחה)

הנושא ת.ז. _____ (להלן "המבקש") לקבל את תוצאות בדיקות המעבדה שבוצעו עבורי במרכז הרפואי 'מעיני הישועה'.

עם מסירת התוצאות למבקש, הנני משחרר בזאת את המרכז הרפואי מעיני הישועה ו/או עובדיו ו/או את כל מי שפועל מטעמו ו/או בשליחותו, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע לבדיקות המעבדה, 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.

יפוי כח זה יעמוד בתוקף ל – 30 ימים מהתאריך הרשום מטה.

על החתום (למילוי ע"י מייפה נכח):

שם מלא: _____ מס' ת.ז.: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

- **תוקף טופס זה מותנה בצירוף צילום תעודת זהו *כולל ספח) של מייפה הכח ובמועד קבלת התוצאות – בהצגת תעודת זהות של מיופה הכח**

נחתם בפני העובד: _____ מספר עובד: _____