

טופס הסכמה לשליחת בדיקות

מדבקת מטופל

אני, הח"מ, מסכים ומאשר כי תוצאות הבדיקות הרפואיות שלי יישלחו אליי באמצעים הבאים (יש לסמן את הבחירה הרצויה):

- [] דואר אלקטרוני לכתובת: _____
- [] דואר רגיל לכתובת: _____
- [] פקס מספר: _____
- [] באמצעות מר/גב' _____ (בכפוף לחתימה על טופס ייפוי כוח וסודיות)
- [] אני מעוניין/ת לאסוף את תוצאות הבדיקות בעצמי במרפאה / בית החולים.

אני מודע לכך שהעברת המידע באמצעים האמורים עלולה שלא להיות מוגנת במלואה מפני גישה של גורמים שאינם מורשים.

הנני משחרר את המרכז הרפואי מעיני הישועה ו/או מי מטעמו מאחריות על כל נזק העלול להיגרם עקב שליחת תוצאות הבדיקות באמצעים אלה.