

## ויתור על סודיות רפואית

### א. פרטי המבוטח/ת

שם משפחה	שם פרטי	מספר העובד	מספר הזהות ס"ב
רחוב	מס' בית	יישוב	מען פרטי

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לשירותי בריאות כללית ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשליחותה למסור ל

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הלן: "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש על ידי המבקש, ו/או על מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שאני חולה בה כעת, ו/או שאחלה בה בעתיד ו/או פרטים על

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ואני משחרר/ת 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 מחלתי כנ"ל ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה יעמוד בתוקפו עד לתאריך \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ מקום החתימה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### ב. פרטי העד/ה לחתימה

שם משפחה	שם פרטי	מספר העובד	מספר הזהות ס"ב
תפקיד	מרפאה/בית חולים		

\_\_\_\_\_ חתימה

TO  
**CLALIT HEALTH SERVICES**



## Disclosure of Privileged Medical Information

**A. Personal Details**

Name	Surname	Identity No./Passport No.
Address	Street	No. City

I, the undersigned, hereby grant permission to Clalit Health Services and/or to its employees, and/or to any person acting on its behalf to submit to \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

all and/or any information and details in any way requested by him pertaining to my state of health, and /or to any sickness I had in the past, and/or have in the present and/or will have in the future.

I hereby relinquish my right to confidentiality to you, and/or to your employees, and/or to whoever will act on your behalf in matters concerning my state of health and/or my sickness, and shall have no claim of any kind in this regard.

This waiver will be valid until \_\_\_\_\_  
 (Date)

Date \_\_\_\_\_ Place of Signature \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**B. Witness to Signature**

Name	Surname	Employee No.	Identity No.
Duty		Clinic/Hospital	

Signature \_\_\_\_\_

D"721K17 71721K 96007 / 57 '0