

ויתור על סודיות רפואית

א. פרטי המבקש

שם משפחה		שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מס' בית		רחוב	ישוב
מען פרטי			

שם מלא בלועזית:

אני החתום מטה נותן בזה רשות למרכזכם ו/או עובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם למסור **לטבע - אונקוטסט**, להלן: "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, בצורה שתדרש 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 **ביופסיה**. ואני משחרר אתכם ו/או את עובדכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר 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 חתימה _____ חתימה _____

ב. פרטי העד לחתימה

שם משפחה		שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מס' בית		רחוב	ישוב
מען פרטי			

חתימה _____