

## טופס ויתור סודיות

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
נותן בזאת רשות ל \_\_\_\_\_  
למסור ל \_\_\_\_\_

את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי הנפשי או השיקומי.  
אני משחרר את \_\_\_\_\_ משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי  
בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא  
תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף **שנה** מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

<u>אפוסטרופוס</u>	<u>עד לחתימה</u>
* יש לצרף צילום של מינוי האפוסטרופוס	
שם משפחה	שם משפחה
שם פרטי	שם פרטי
קירבה	תפקיד
כתובת	חתימה
מס' טל'	תאריך
חתימה	
תאריך	

שם המסגרת המפנה \_\_\_\_\_

חותמת מסגרת המפנה \_\_\_\_\_