לכבוד

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| מס' תיק:  |  |  |

הרצליה מדיקל סנטר בע"מ (להלן: "**ביה"ח**")

הנדון: **אישור קבלת תיק רפואי / מסמכים רפואיים / עותק ממצאי בדיקות**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| אני הח"מ, גב'/מר |  | ת.ז |  | כתובת |  |

 (להלן: "**המטופל**") מאשר בזאת:

1. כי ביקשתי לקבל לידי את המסמכים הבאים:

□ מסמכים רפואיים/גיליון רפואי/ ממצאי בדיקות, פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, וכי ידוע לי שהמידע הרפואי שהינו מבקש הינו מידע רפואי רגיש המוגן ע"פ חוק.

1. אני, המטופל מאשר בזאת כי:

□ קיבלתי את החומר המסומן לידי.

□ אשלח את מר/גב' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לקבלת החומר המסומן עבורי.

□ ברצוני לקבל את החומר המסומן בדואר רשום/רגיל, והנני מצהיר כי ידוע לי ששליחת החומר המסומן בדואר רגיל אינה מאובטחת וקיים סיכון של הגעת המידע הנ"ל לידיים זרות.

|  |
| --- |
|  |

□ ברצוני לקבל את החומר המסומן לדואר אלקטרוני שכתובתו:

 או בפקס שמספרו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, והנני מצהיר כי ידוע לי שתשדורת באמצעות דואר אלקטרוני/ פקס אינה מאובטחת וקיים סיכון של הגעת המידע הנ"ל לידיים זרות.

1. הנני מצהיר/ה כי ידוע לי שעלי לשמור את החומר המסומן ולהביאו לרופא המטפל, לפי הצורך, וכי כל נזק ו/או אובדן שיגרמו למסמכים הרפואיים הנ"ל יחולו על אחריותי הבלעדית וכי לא תהיינה לי כל תביעה ו/או טענה ו/או דרישה כלשהיא כנגד ביה"ח, בהקשר זה.
2. הנני מתחייב/ת לשלם לביה"ח את עלות הפקת החומר בסך של: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪.
3. אני מצהיר ומאשר בזאת כי הנני **מסכים/לא מסכים** לקבל לכתובת הדואר האלקטרוני הנ"ל: מידע על בית החולים, מבצעים מיוחדים, הטבות וחומר פרסומי.

בכבוד רב,

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | ‏27/02/2022 |
| **שם ושם משפחה** |  | **ת.ז.** |  | **חתימה** |  | **תאריך קבלה** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**כתב ויתור סודיות:**

(במקרה שהמטופל מבקש לשלוח צד ג' לקחת את החומר המסומן ו/או שביה"ח יישלח לו את החומר המסומן בפקס ו/או בדואר ו/או בדואר רשום ו/או בדואר אלקטרוני יש להחתימו על כתב ויתור סודיות).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. המטופל, גב'/מר
 |  | ת.ז |  | נותן בזאת רשות לביה"ח ו/או למי מעובדיו |
| ו/או למי מטעמו למסור לגב'/מר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (להלן: "**המבקש**") את החומר המסומן לעיל בפקס / בדואר / בדואר רשום / בדואר אלקטרוני (להלן: **"לכתובת שמסר המטופל"**). |

1. המטופל מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת כי הינו/ה פוטר/ת בזאת את ביה"ח מכל אחריות ו/או חבות בגין העברת המידע הרפואי לכתובת שמסר/ה המטופל, ומצהיר/ה בזאת כי ידוע לו/ה שהאחריות הבלעדית לשמירה על אבטחת הנגישות לכתובת שמסר/ה המטופל/ת בכתב ויתור זה מוטלת עליו/ה, ועליו/ה בלבד, לרבות כל שימוש שיעשה כל צד ג' בכתובת שמסר המטופל.
2. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי המטופל משחרר/ת את ביה"ח ו/או למי מעובדיו ו/או למי מטעמו מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע לחומר המסומן לעיל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה למטופל כלפיי ביה"ח ו/או למי מעובדיו ו/או למי מטעמו כל טענה ו/או תביעה ו/או דרישה כלשהיא בקשר עם הנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ו/או חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי המטופל:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | ‏27/02/2022 |  |  |
| **שם ושם משפחה** |  | **ת.ז.** |  | **חתימה**  |  | **תאריך** |  | **חתימת עד**  |

פרטי מקבל המסמכים:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **שם ושם משפחה** |  | **ת.ז.** |  | **חתימה**  |  | **תאריך קבלה** |  | **חתימת עד**  |