

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

כתובת _____

ת.ז. _____

אני הח"מ, גב'/מר _____

(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.
2. 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.
3. 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.
4. הנני מתחייב/ת לשלם לביה"ח את עלות הפקת החומר בסך של: _____ ₪.
5. 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,

09/06/2026

תאריך קבלה

חתימה

ת.ז.

שם ושם משפחה

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").
2. 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.
3. 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:

09/06/2026

חתימת עד

תאריך

חתימה

ת.ז.

שם ושם משפחה

פרטי מקבל המסמכים:

חתימת עד

תאריך קבלה

חתימה

ת.ז.

שם ושם משפחה