



הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ שם פרטי שם משפחה מס' זהות

מצהיר בזאת על הסכמתי כדלקמן:

- אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי והליקוי בגיננו פניתי לאגודה לזכויות החולה, הקיים בקופות החולים ו/או במוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי אחר, יימסר לאגודה לזכויות החולה.
- הסכמתי זו באה לאפשר לאגודה לזכויות החולה ו/או למי מטעמה לפעול למען מימוש זכויותיי.

ולראיה באתי על החתום

..... תאריך
..... חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

ייפוי כוח

אני הח"מ שם פרטי שם משפחה מס' זהות

מייפה את כוחה של האגודה לזכויות החולה או מי מטעמה, לפעול בשמי על מנת לממש את זכויותיי הנובעות מפנייתיי אל האגודה לזכויות החולה.

ולראיה באתי על החתום

..... תאריך
..... שם פרטי ושם משפחה

נא להחזיר לפקס: 03-6021878 או באמצעות דואר ל- ת.ד. 6623 תל אביב 61066, בצירוף תעודות רפואיות המתייחסות לפנייה, ומכתב לוואי המפרט את הבקשה.