

תאריך: \_\_\_\_\_

**בקשה לקבלת מסמכים רפואיים**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז. / דרכון:

שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

טלפון להתקשרות: \_\_\_\_\_

תאריך האשפוז: \_\_\_\_\_

מחלקה מאשפוזת: \_\_\_\_\_

**מידע מבוקש: (סמן X בהתאם למבוקש)**

סיכום אישפוז

דו"ח ניתוח

דף משתלים

תיק רפואי מלא

אישור אשפוז

שעת לידה

אחר: \_\_\_\_\_

**אופן קבלת המסמכים: (סמן X במשבצת הרצויה)**

הגעה עצמית

מיופה כוח – חובה לצרף טופס ויתור סודיות וייפוי כוח

**ידוע לי ששירות זה כרוך בעלות, לפי תעריפי בית חולים אלישע**

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ שם מלא

\* נא לצרף צילום תעודה מזהה

\* לאחר מילוי הטופס ניתן להעבירו לפקס: **04-8309258**

**או לכתובת מייל: [zachi@elishahospital.com](mailto:zachi@elishahospital.com)**

לשימוש המשרד:

אושר/התקבל על-ידי: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_

מערך לניהול ורישום מידע רפואי  
 אגף רפואה

## טופס ויתור על סודיות רפואית

לכבוד בית חולים אלישע  
אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
נותן בזה רשות לבית חולים אלישע (להלן: "אלישע") ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או  
בשירותכם למסור ל \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים המצויים  
בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי  
ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני  
חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי.

כמו כן, הנני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקש את רשימת הרופאים שטיפלו  
בי במסגרת אלישע והרשומים במאגרי המידע על אלישע.

אני משחרר את אלישע ו/או עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה  
על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלקתי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או  
הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של  
אלישע ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל אלישע ו/או נותני השירותים.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי נגד אלישע ו/או למי מהרופאים מטעמה ו/או  
עובדיהם ו/או מי מטעמם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת מידע כאמור, לרבות  
טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

ת א ר י ד \_\_\_\_\_ עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ ח ת י מ ה \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

**יפוי כח**  
הריני מייפה את כוחו של \_\_\_\_\_ לקבל את המידע הרפואי המפורט  
לעיל.

ת א ר י ד \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ ח ת י מ ה \_\_\_\_\_

**פרטי העד לחתימה:** (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה, סוכן ביטוח)

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

הכתובת \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_

\* לאחר מילוי הטופס ניתן להעבירו לפקס: **04-8309258**

או לכתובת מייל: **zachi@elishahospital.com**

מערך לניהול ורישום מידע רפואי  
אגף רפואה