

תאריך: _____

בקשה לקבלת מסמכים רפואיים

ת.ז. / דרכון:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

טלפון להתקשרות: _____ תאריך אשפוז: _____

מחלקה: _____

מידע מבוקש: (סמן X בהתאם למבוקש)

סיכום אישפוז

דו"ח ניתוח

תיק רפואי מלא

שעת לידה

אחר: _____

אופן קבלת המסמכים: (סמן X במשבצת הרצויה)

הגעה עצמית

מייל: _____

פקס: _____

מיופה כוח - חובה לצרף טופס ויתור סודיות וייפוי כוח

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

שם מלא _____ חתימה _____

• נא לצרף צילום תעודה מזהה

• לאחר מילוי הטופס ניתן להעבירו:

לפקס 04-8309258 או לכתובת מייל: zachi@elishahospital.com

לשימוש המשרד

אוסר/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 האב	מספר ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה
טלפון	מיקוד	עיר	מספר רחוב

נותן בזה רשות לבית חולים אלישע (להלן: "אלישע") ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשיחותכם 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 והרישומים 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.

תאריך	עד לחתימה ומס' ת.ז.	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
-------	---------------------	---

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי שם משפחה	חתימה
-------	--------------------	-------

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