

טופס הסכמה לצילום בזמן טיפול פיזיותרפי

תאריך: _____

שם הילד/ה המטופל/ת (שם פרטי ומשפחה): _____

אני _____ הח"מ מאשר ל (שם המטפל)
מ.ר. _____ לצלם את בני / ביתי (מחק את
המיותר) _____ ת.ז. _____ במהלך טיפול
הפיזיותרפיה בתאריך _____ כחלק מתיעוד הטיפול ברשומה רפואית.

_____ ת.ז.

שם ההורה _____

טופס בקשת רשומה רפואית מצולמת

אני הח"מ מאשר/ת כי ביום _____ קיבלתי לידיי העתק של צילום הטיפול
של בני / ביתי _____ מ.ז. _____ מיום _____

שם מלא _____
ת.ז. _____
חתימת ההורה _____

לשימוש המטפל / צוות המשרד

אני _____ מאשר/ת כי ביום _____ מסרתי באופן אישי את
צילום הטיפול מיום _____ למר/גב' _____ שקיבלו
לאחר שהזדהה לפניי באמצעות ת.ז. _____

חתימת המטפל/ צוות המשרד _____

תאריך _____

טופס הסכמה להעברת מידע רפואי על גבי סרט מצולם

1. אני הח"מ מאשר/ת בזאת למטפל/ת _____ מ.ר. _____ או לעובדיו/ה להעביר העתק של צילום הטיפול מיום _____ באמצעות דואר אלקטרוני המצוי בשליטתי שכתובתו _____ / או באמצעות תוכנת whatsapp למס' טלפון שבבעלותי ובשליטתי _____

2. הנני משחרר אתכם / או את עובדיכם / או מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע המצוי על גבי צילום הטיפול ומוותר על סודיות זאת. לא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר לני"ל לרבות טענות מכח חוק הגנת הפרטיות / או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית או כל עניין אחר.

אני מאשר/ת כי אני מבין/ה את הסיכון שבהעברת מידע סודי, באמצעות דוא"ל / או באמצעות תוכנת whatsapp לרבות אך לא רק : שרשור שגוי של הודעות או שגגה בהקלדת כתובת הדוא"ל או מס' הטלפון שמסרתי ולא יהיו לי כל טענות בעניין זה כאמור לעיל.

שם מלא _____

ת.ז. _____

כתובת _____

חתימת המטופל _____