

# טופס אישור קבלת מידע רפואי על גבי סרט מצולם

אני הח"מ מאשר/ת כי ביום \_\_\_\_\_ קיבלתי לידיי העתק של צילום הטיפול מיום \_\_\_\_\_

שם מלא \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימת המטופל \_\_\_\_\_

## לשימוש המטפל / צוות המשרד

אני \_\_\_\_\_ מאשר/ת כי ביום \_\_\_\_\_ מסרתי באופן אישי את צילום הטיפול

מיום \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ ו/ או באמצעות תוכנת

WhatsApp למס' טלפון שבבעלותי ובשליטתי \_\_\_\_\_

2. אני הח"מ מאשר/ת למטפל/ת \_\_\_\_\_ מ.ר. \_\_\_\_\_ להעביר

העתק של צילום הטיפול מיום \_\_\_\_\_ לידי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

(שם המקבל)

באופנים הבאים ( מחק את המיותר ) \_\_\_\_\_

א. דוא"ל שכתובתו \_\_\_\_\_

ב. תוכנת WhatsApp לטלפון שמספרו \_\_\_\_\_

ג. במסירה אישית

3. הנני משחרר אתכם ו/ או את עובדיכם ו/ או מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת

שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי / או מחלותי ומוותר על סודיות זאת

כלפי מקבלת המידע מר / גב' \_\_\_\_\_ . לא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה

מסוג כל שהוא בקשר לנ"ל לרבות טענות מכח חוק הגנת הפרטיות ו/ 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 \_\_\_\_\_

### לשימוש המטפל /ת במקרה של מסירה לצד ג'

אני \_\_\_\_\_ פיזיותרפיסט/ית מ.ר. \_\_\_\_\_ מאשר/ת כי ביום \_\_\_\_\_ מסרתי באופן אישי את צילום הטיפול מיום \_\_\_\_\_ לידי מר/גב' \_\_\_\_\_ לאחר \_\_\_\_\_ שהזדהה לפניי באמצעות ת.ז. \_\_\_\_\_ שמספרה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_  
שם המטפל/ת צוות המשרד \_\_\_\_\_

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מאשר/ת בזאת כי קיבלתי לידיי את העתק צילום הטיפול של מר / גב' \_\_\_\_\_ בהתאם לבקשתה/ו המפורשת.

שם מלא \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
חתימת המקבלת \_\_\_\_\_

### הערות

- א. נא למחוק את הסעיף שאיננו רלבנטי (סעיף 1 או 2)
- ב. במקרה של טופס הסכמה להעברת מידע רפואי על גבי סרט מצולם נא להחתים את המטופל על כל עמוד