

טופס אישור העברת מידע למטפל אחר

1. הואיל ואני מעוניין לקבל חוות דעת שניה לגבי הטיפול הניתן לי אני הח"מ מאשר/ת ל (שם המטפל/ת) _____ מ.ר. _____ למסור צילום טיפול רפואי שניתן לי ביום _____ למטפל/ת _____ מ.ר. _____ לצורך היוועצות לגבי הטיפול בי.
 2. אני מבקש להשחיר את פני בצילום/ אני מבקש להשאיר את פני גלויים (מחק את המיותר)
 3. אני מאשר להעביר את המידע באמצעות דוא"ל שכתובתו _____
 4. 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 המטפל/ת _____ , מ.ר. _____ . 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 רפואי, באמצעות דוא"ל לרבות אך לא רק : שרשור שגוי של הודעות או שגגה בהקלדת כתובת הדוא"ל שמסרתי ולא יהיו לי כל טענות בעניין זה כאמור לעיל.

שם מלא _____

ת.ז. _____

חתימת המטופל _____