

טופס הסכמה לצילום בגיר לצורך תיעוד ברשומה רפואית

אני הח"מ מאשר/ת לפיזיותרפיסט/ית _____ מספר רישיון _____ לצלם
אותי לצורך תיעוד ברשומה הרפואית.

שם מלא _____

ת.ז. _____

חתימת המטופל _____

חתימת המטפל/ צוות המשרד

תאריך _____

טופס הסכמה לצילום קטין לצורך תיעוד ברשומה רפואית

אני הח"מ מאשר/ת לפיזיותרפיסט/ית _____ מספר רישיון _____ לצלם
את בני/בתי (מחק את המיותר) _____ ת.ז. _____
לצורך תיעוד ברשומה הרפואית.

שם הורה _____

ת.ז. הורה _____

חתימת הורה _____

חתימת המטפל/ צוות המשרד

תאריך _____