



יפוי כח לקבלת תיעוד רפואי

לכבוד

בית חולים רמב"ם

מח' רשומות רפואיות – תיעוד רפואי

אני הח"מ

שם פרטי שם משפחה

ת.ז. שנת לידה

כתובת :

הריני מייפה את כוח/ם של :

ת.ז. מיופה הכוח

או דרכון מס' :

כולם יחד וכל אחד מהם לחוד, להיות בא/י כחי/נו ולהופיע ולפעול עבורי/נו ובשמי/נו ובמקומי/נו לבקש ולקבל מידע רפואי אודותיי הנוגע לענייני הרפואיים במוסדכם.

הנני מצהיר/ה כי בהתאם לאמור לעיל, לא יהיו לי טענות בעתיד כלפי בית חולים רמב"ם בגין מסירת המידע הרפואי.

ולראיה באתי/נו על החתום

..... תאריך

..... חתימה