



**יפוי כח לקבלת תיעוד רפואי**

לכבוד

בית חולים רמב"ם

מח' רשומות רפואיות – תיעוד רפואי

אני הח"מ :

שם פרטי ..... שם משפחה .....

ת.ז. .... ש. לידה .....

כתובת : .....

הריני מייפה את כוחו/ם של : .....

ת.ז. מיופה הכח .....

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 לעי"ל, לא יהיו לי טענות בעתיד כלפי בית חולים רמב"ם בגין מסירת המידע הרפואי.

ולראיה באתי/נו על החתום

תאריך .....

חתימה .....