



תצהיר יורשים לקבלת מידע רפואי

אני החתום מטה, נושא תעודת זהות מס' _____, לאחר שהוזהרתי כי עליו לומר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי אם לא אעשה כן אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, מצהיר בזה לאמור כי אני יורשו על פי דין/ צוואה של הנפטר _____ אשר נשא בחייו ת.ז מס' _____ ושאין יורשים נוספים או שכל היורשים מסכימים למסירת המידע ושהמבקש אינו מתנגד למסירת המידע ליורשים אחרים.

1. אני מבקש לקבל סיכום פטירה /גיליון אשפוז אודות אבי, אמי, בעלי, אשתי, אחי, אחותי, בני, בתי ז"ל.

2. הריני מצהיר בזאת כי היורשים הרשומים מטה מאשרים בקשה זו.

שם: _____ ת.ז: _____

שם: _____ ת.ז: _____

שם: _____ ת.ז: _____

3. אני מצהיר בזאת כי, השם דלעיל הוא שמי, החתימה היא חתימתי וכי תוכן תצהיר זה אמת

שם מלא וחתימה _____

אישור

אני, החתום מטה עו"ד _____ מאשר/ת בזה כי בתאריך _____ הופיע/ה בפניי מר/גב' _____ זיהה עצמו בפניי ע"י ת"ז מס' _____ ולאחר שהזהרתי כי עליו לומר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר נכונות הצהרתו דלעיל וחתם עליה בפניי.

_____ חתימה + חותמת עו"ד

הערות:

1. אם הצהרת המבקש סותרת מידע המפורט ברשומה הרפואית של המנוח, לא ניתן להסתפק בתצהיר, אלא יש לקבל צו מבית המשפט.
2. אם יש צוואה יש לצרפה לתצהיר.