



בקשה לקבלת מסמכים רפואיים

ת.ז./ מס' דרכון
שם משפחה שם פרטי
טלפון להתקשרות.....תאריך האשפוז.....

חובה לצרף לבקשה צילום תעודת זהות.

במידה והבקשה תועבר באמצעות מייל/פקס, יש לצרף בנוסף גם טופס ויתור על סודיות רפואית חתום ע"י המבקש.

המידע המבוקש: (סמן x בהתאם למבוקש)

- סיכום אשפוז
- דו"ח ניתוח
- תיק רפואי מלא
- אישור אשפוז
- שעת לידה
- נפטר (ע"פ הנחיות מפורטות אודות נפטרים)
- אחר

• הטיפול בבקשה כרוך בתשלום ע"פ תעריף משרד הבריאות.

אופן קבלת המסמכים: (סמן x במקום המבוקש)

- דואר אלקטרוני – מייל (בצירוף סריקה של תעודת זהות של המטופל + טופס ויתור על סודיות רפואית חתום ע"י המבקש).
- דואר (בצירוף צילום תעודת זהות של המטופל)
- פקס
- הגעה עצמית
- כתובת למשלוח

מיקוד

רחוב ומס' בית

עיר

למיופה כוח חובה לצרף טופס ויתור על סודיות רפואית וייפוי כוח חתום על ידי עד
לחתימת המטופל (עורך דין, רופא, אחות או כל בעל תפקיד ציבורי אחר) וחתימת
בנוסף, יש לצרף צילום ת.ז של מיפה הכוח ושל המטופל.

שם מלא ת.ז. חתימה