



המחלקה לרישום ומידע רפואי

בקשה לקבלת מסמכים רפואיים

ת.ז. / דרכון: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____
טלפון להתקשרות _____ תאריך האשפוז _____:

חובה לצרף לבקשה צילום תעודת זהות.

המידע המבוקש (סמן X בהתאם למבוקש)

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

אופן קבלת המסמכים (סמן X בהתאם למבוקש)

- הגעה עצמית
- דואר (בצירוף צילום תעודת זהות של המטופל)
- מיל' (בצירוף סריקה של תעודת זהות של המטופל)

כתובת למשלוח

מיקוד _____ רחוב ומספר בית _____ עיר _____

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

שם מלא _____ :ת.ז. _____ :חתימה _____

קבלת מידע רפואי כרוכה בתשלום שנקבע ע"י תעריף משרד הבריאות, התשלום הינו במזומן או באמצעות כרטיס אשראי, לא יתקבלו המחאות.