



טופס ויתור על סודיות רפואית

שם מלא: _____

ת.ז.: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

לכבוד הגב' רות תנעמי ,

ח.נ:

אני הח"מ נותן בזה רשות לעו"ס רות תנעמי למסור ולקבל מידע מ :

להלן "המבקש" את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל , ובצורה שתדרש ע"י המבקש, על מצבי הבריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד , והנני משחרר את הגבר רות תנעמי מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

חתימה

רות תנעמי _____

תאריך _____