



בית אחד בשרון
המרכז לתסמונת הספקטרום האוטיסטי



בית אחד ת"א
היחידה לתסמונת הספקטרום האוטיסטי



מרכז לטיפול וחקר באוטיזם
עמותה לילדים בסיכון

רח' גוש עציון 13, גבעת שמואל • טלפון: 03-7196300 • פקס: 03-5739642 • acrisk@childrenatrisk.org.il

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד _____ מ - _____

תפקיד _____ טלפון _____

אני החתום מטה, _____ מס.ת.ז. _____.

מצהיר בזאת כי הנני האפטרופוס החוקי של / שלי _____ מס.ת.ז. _____ (להלן: "המטופל") ומצהיר כי הנני מוסמך לפי כל חוק לקבל החלטה בדבר ויתור מידע בעינייני / בענייני של המטופל החוסה

תחת הגנת סודיות הרפואית, נותן בזאת רשות (לשם המטפל בבית אחד) _____ מקצוע/תפקיד _____ מהעמותה לילדים בסיכון (ע"ר) / בית-אחד היחידה לתסמונת הספקטרום האוטיסטי בת"א ובשרון (להלן: _____

"המבקש") ו/או לעובדיהם ו/או לכל מי שפועל מטעמם או בשליחותם לקבל ולמסור מידע ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, אודות טיפולים אשר ניתנו למטופל, לרבות מידע על טיפולים פסיכולוגיים פסיכיאטריים ו/או נפשיים אחרים (מחק את המיותר) שקיבל המטופל, והכול באופן ובהיקף שיידרש על ידי המבקש ("מידע"), והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאות המטופל ו/או מחלותיו ו/או כל פרט אחר הכלול במידע כהגדרתו לעיל ומוותר על סודיות זו כלפיי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי הבוגר / ההורה / האפטרופוס החוקי (במקרה בו מדובר באפטרופוס נדרש צו מינוי ביהמ"ש):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____

שם האב: _____ כתובת: _____

עיר: _____ מיקוד: _____ תאריך: _____

חתימה: _____

פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, עו"ס, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח או אחר):

תפקיד: _____ שם פרטי ומשפחה: _____

כתובת: _____ מס' רישיון: _____

תאריך: _____ חתימה וחתימת: _____