

Отделение: _____

Дата: _____

Кому:

Больнице Западной Галилеи в Нагарии

הנדון : ויתור על סודיות רפואית

Относительно: **ОТКАЗА ОТ СОХРАНЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ**

Уважаемые господа!

Я, нижеподписавшийся \шаяся, прошу Вас настоящим передать д-ру _____ (далее в тексте «Адресат») всю необходимую указанному лицу или его уполномоченному доверенному лицу информацию из моей медицинской карты, относящуюся к _____ (конкретизировать: конкретной \ным госпитализации\ям, несчастному случаю \ конкретному заболеванию, конкретному пороку, результатам обследований, психосоциальным сведениям), насколько это ему необходимо в целях _____ (конкретизировать: вид процесса и обсуждаемый вопрос).

Я освобождаю больницу и\или всех ее работников от обязанности сохранения врачебной тайны (конфиденциальности) по всем вопросам, относящимся к моему состоянию здоровья и\или моему заболеванию, как указано выше, и я не буду иметь по отношению к больнице и\или ее работникам никаких претензий и\или жалоб и\или исков любого вида, относящихся к передаче информации в соответствии с вышеуказанным.

Это разрешение действительно только в отношении Адресата и только применительно к приведенным выше видам информации.

Настоящий отказной документ действителен до _____ (дата).

Данные пациента \опекуна (стереть ненужное):

Фамилия и имя: _____ № удост. личности: _____

Адрес: _____

Дата: _____ Подпись: _____

В случае несовершеннолетнего, недееспособного или психически больного пациента подпись должен поставить его законный опекун и заполнить сведения о себе и о пациенте.

Декларация свидетеля подписания:

Я, нижеподписавшийся \шаяся, подтверждаю, что г-н \г-жа _____ подписал(а) указанный документ об отказе от врачебной тайны в моем присутствии после того, как он\а понял\а значение своей подписи и после того как я идентифицировал\а его\ее личность согласно:

Фамилия свидетеля\льницы: _____ № удост. личности: _____

Адрес: _____

Дата: _____ Подпись свидетеля \льницы: _____

Описание переданного материала: _____

Фамилия получателя: _____ Дата получения \отправки материала: _____