

# טופס הסכמה וויתור על סודיות רפואית

אני, הח"מ,

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם שפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

נותן בזה רשות למרכז הרפואי \_\_\_\_\_, לרופא המטפל שלי במרכז הרפואי ולעובדי המרכז הרפואי, למסור לאיגוד הישראלי לראומטולוגיה, לחברת רוש פרמצבטיקה (ישראל) בע"מ ולחברת נובולוג בע"מ ו/או מי מטעמם, את פרטי האישיים, את העובדה כי הנני חולה בדלקת פרקים ו/או במחלות נוספות, מידע טיפולי אודותיי (לרבות היסטוריה רפואית וסיכומי מחלה), מידע אודות ביטוחים בהם אני מבטח וכן את העובדה כי הנני נזקק לטיפול באמצעות התכשיר הרפואי אקטמרה, אף כי אינני חייב לפי חוק; כל זאת על מנת לאפשר למקבלי המידע הנ"ל לנפק התכשיר האמור עבורי למרכז הרפואי.

הובהר לי כי המידע האמור יישמר בחיסיון על ידי מקבלי המידע הנ"ל ולא יועבר לצד שלישי אחר כלשהו.

לא תהיה לי ו/או מי מטעמי טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי מעבירי המידע הנ"ל בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אני מאשר כי הסברתי לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש, כי השארתי בידי החולה העתק מסמך זה וכי הוא חתם על הסכמה זו בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

חתימה

תאריך

שם הרופא ומספר רישיון

\_\_\_\_\_