**מרכז רפואי רעות**

**מחלקת רשומות רפואיות**

**יפוי כוח למסירת מידע רפואי**

אני הח"מ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , מייפה את כוחו של

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, לקבל עבורי את הרשומה

הרפואית שלי מהמרכז הרפואי רעות . לצורך זה הנני מצרף כתב ויתור על סודיות רפואית , חתום על ידי ומאומת כדין . הנני מאשר למרכז הרפואי רעות למסור למיופה הכח את הרשומה הרפואית שלי .

מצורף ליפוי הכח צילום תעודה מזהה שלי וצילום תעודה מזהה של מיופה הכח מטעמי .

לראיה באתי על החתום היום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 חתימה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אישור עד לחתימה : \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 שם מלא מס ת.ז. חתימה תאריך