

## בית חולים שיקומי רעות תל אביבמחלקת רשומות רפואיות

# ייפוי כוח למסירת מידע רפואי

אני החתום מטה , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תעודת זהות מספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , מייפה את כוחו של

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תעודת זהות מספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, לקבל עבורי את הרשומה הרפואית שלי מבית החולים השיקומי רעות תל אביב . לצורך זה הנני מצרף כתב ויתור על סודיות רפואית, חתום על ידי ומאומת כדין. הנני מאשר לבית החולים השיקומי רעות תל אביב למסור למיופה הכוח את הרשומה הרפואית שלי .

מצורף לייפוי הכוח צילום תעודה מזהה שלי וצילום תעודה מזהה של מיופה הכוח מטעמי .

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

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

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

שם מלא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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