

כתב הוראות ויתור על סודיות רפואית

(מועמדים/ות ללימודי סייעות יצרפו טופס זה לחומר הרישום המוחזר למזכירות)

אני החתום(ה) מטה:

שם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

מבקש(ת) בזה למסור לראש ביה"ס לרפואת שיניים שבאוניברסיטת תל אביב ו/או לכל מי שמונה על ידי ראש ביה"ס לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו המורשים ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בלימודי שיננות שבבית הספר לרפואת שיניים שבאוניברסיטת תל אביב (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות- אך בלי לפגוע בכלליות האמור לעיל- כל מידע ביחס למחלות ופגיעות גופניות ו/או נפשיות, אישפוזים, טיפולים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה אני פוטר(ת) מפורשות כל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל חבות הסודיות החלה, או זו שתחול, עליו על פי דין, הסכם ו/או נוהג ומאשר(ת) ומצהיר(ה) כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות כלפי מי שימסור מידע כאמור למורשים במהלך התקופה הקובעת.

כתב ויתור והוראות זה יהא בו תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי בעת חתימתו, או שימצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי המתייחס אלי. לרבות- אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל- משרד הבריאות, משרד הביטחון (ושלטונות צה"ל) קופות החולים, בתי החולים, רופאים וכיו"ב.

ולראיה באתי על החתום

תאריך _____ חתימה _____