

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום(ה) מטה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____

מבקש(ת) בזה למסור לדיקן הפקולטה לרפואת-שיניים שבאוניברסיטה העברית ו/או לכל מי שמונה על ידי הדיקן לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בפקולטה לרפואת-שיניים שבאוניברסיטה העברית (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – כל מידע ביחס למחלות ופגיעות גופניות ו/או נפשיות, אשפוזים, טיפולים, חוות דעת רפואיות וכיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה, אני פוטר(ת) מפורשות כל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל, מחובת 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 הוראות ויתור זה יהא בר-תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי, בעת חתימתו, או שיומצא במהלך התקופה הקובעת מידע רפואי בהתייחס 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 _____ חתימת המועמד/ת: _____