

לכבוד: _____

הנדון: ויתור סודיות

אני החתומה מטה מוותרת על סודיות רפואית ומאשרת להעביר לקבל כל מידע בעל פה או בכתב מאל

הגורמים הבאים:

שם	תפקיד	מספר טלפון

שם מלא

חתימה

ת.ז.

תאריך

הטופס מוצע לשימוש המטפל ו/או המשתמש כהצעה ו/או המלצה בלבד. השימוש בטופס וההסתמכות על המידע המופיע בו הינם באחריות המטפל ו/או המשתמש בלבד.