

לכבוד: _____

הנדון: ויתור סודיות

אנו החתומים מטה מוותרים על סודיות רפואית בנוגע

ל _____, ת.ז. _____.

ומאשרים להעביר/לקבל כל מידע בעל פה או בכתב מ/אל הגורמים הבאים:

שם	תפקיד	מספר טלפון

*במידה וההורים גרושים יש להחתים את שניהם

שם ההורה חתימה ת.ז. תאריך כתובת

שם ההורה חתימה ת.ז. תאריך כתובת

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.