**טופס ייפוי וכתב ויתור על סודיות**

|  |
| --- |
| **חלק א': ייפוי כוח - בקשה למסירת עותק/מקור של תכשיר**  אני הח"מ מבקש ומסכים כי עותק של תכשיר הנושא את פרטי הרשומה שלי, יימסר ל-  שם מיופה הכוח:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  שם המטופל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  טל' של המטופל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  חתימת מטופל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * **בסימון תיבה זו אני מאשר למיופה כוחי לחתום בשמי על כל מסמך שיידרש על ידי המעבדה.** |
| **חלק ב': כתב ויתור על סודיות רפואית**  שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מספר זהות/ דרכון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מען פרטי: רחוב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' בית:\_\_\_\_\_ ישוב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  אני החתום מטה, נותן בזה רשות ל-LEM מעבדה לגילוי מוקדם בע"מ, למסור ל\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, להלן: "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, בצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שאני חולה בה כעת, ו/או שאחלה בה בעתיד ו/או פרטים על דגימתי.  אני משחרר אתכם או עובדכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.  כתב סודיות זה יעמוד בתוקפו עד לתאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת מטופל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |