

לכבוד

ד"ר / מרפאת _____

אנו מבקשים לקבל את תצלומי הרנטגן של הלקוח הח"מ, המטופל אצלנו ומתחייבים להחזיק ולשמור על התצלומים, כדרוש עפ"י כל דין.
כן נחזיר לכם את התצלומים במקרה של פניה מצדכם או עם גמר הטיפול.
מצ"ב כתב ויתור על סודיות רפואית.

_____ חתימת הרופא / מרפאה

_____ תאריך

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

ד"ר / מרפאת _____

א.נ.,

אני הח"מ מבקש/ת למסור לב"כ ו/או ל- _____ את תצלומי הרנטגן וכל מידע שיידרש ע"י הנ"ל ו/או כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי והטיפול שניתן לי ותוצאותיו.

בחתימתי להלן יש לראות גם אישור בקשר לפטור שאנוכי נותן/ת לכם על כל חובת סודיות שחלה עליכם ו/או שתחול עליכם לפי כל חוק ו/או דין, ביחס למסירת המידע האמור לנ"ל.

_____ שם

_____ חתימה

_____ תאריך

_____ כתובת

_____ תעודת זהות