

המחלקה לרישום ומידע רפואי
טל': 04-6494132 פקס: 04-6163984
קבלת קהל בימים א'-ה' בשעות 10:00-14:00

בקשה להעתקת מסמכים רפואיים

שם מלא של המבקש: _____ מס' ת.ז. _____

כתובת: _____

מס' טלפון נייד: _____ טלפון נוסף (לא חובה) _____

הבקשה היא עבור מסמכים:

☐ שלי ☐ של אדם אחר שם מלא: _____ ת.ז.: _____

☐ במקרה של קטין באמצעות ההורים שם הקטין _____ ת.ז. _____

לצורך: _____

המסמכים מבוקשים: _____

מבקש קבלת המסמכים באמצעות:

☐ דואר רשום ☐ איסוף עצמי מהמחלקה

☐ דוא"ל מאובטח לכתובת _____

- ידוע לי כי כל עוד לא אשר את פרטי ההסכמה בחתימתי, לא ניתן יהיה להעביר לי את התשובה באמצעים מקוונים אלא בדואר רשום בלבד.
- ידוע לי כי מרגע שהגיע אלי המידע הרגיש בדואר או באמצעים מקוונים שהסכמתי להם, הנני אחראי על אבטחת המידע, שהגיע אלי בהודעה, ולא תהיה לי כל תלונה או תביעה כנגד שירותי בריאות כללית בנושא.

.....
תאריך שם ושם משפחה מס' ת.ז. חתימה

אישור קבלת מסמכים רפואיים

אני הח"מ מאשר בזה כי קיבלתי לידי העתק המסמכים שביקשתי (כמפורט לעיל)

.....
תאריך שם ושם משפחה מס' ת.ז. חתימה