



חטיבת הרפואה  
אגף לבריאות הנפש  
Mental Health division

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

## טופס ויתור סודיות

**\*ימולא ע"י מקבל/ת השירות**

**\*\*חשוב מאוד לשוחח עם מקבל/ת השירות על משמעות וויתור הסודיות, כך שההחלטה תתבצע על בסיס הבנה, שיתוף, הסכמה ולקיחת אחריות של המשתקם/ת על ההליך.**

אני החתום/ה מטה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

נותן/ת בזאת רשות **לגורם שיקום** (הספק/חברה - כולל יחידת הקצה) (לדוגמה: חברת X סניף גליל מערבי)

ל**גורם טיפול** (שם הפסיכיאטר המטפל/שם הרופא המטפל....) – \_\_\_\_\_

לקבל ו/או למסור ל (הספק/חברה - כולל יחידת הקצה) \_\_\_\_\_

את כל המידע הרלוונטי על מצב בריאותי הנפשי או השיקומי.

כמו כן את כל הפרטים אודות השירותים הניתנים לי במסגרת סל שיקום, בכדי שנותן השירות יוכל לראות תמונה רחבה אשר תסייע בתכנית השיקום האישית שלי.

ידוע לי כי מסירת מידע בהתאם להסכמה שלי כפי שמופיעה במסמך זה אינה מהווה פגיעה אסורה בפרטיותי ואיננה מהווה הפרה של חובת הסודיות הרפואית, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה בקשר למסירת מידע זה.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף **שנה** מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

עד לחתימה	אפוסטרופוס	(אם ישנו)
* במידה והפגישה מתקיימת עם רכז/ת ומנהל/ת מקצועית ואין גורם חיצוני אחר, הם יכולים לשמש כעדים.	שם משפחה	* יש לצרף צילום של מינוי האפוסטרופוס
שם פרטי	שם פרטי	
תפקיד	קירבה	
חתימה	כתובת	
תאריך	מס' טל'	
	חתימה	
	תאריך	

**\*הטופס מופנה לשני המגדרים**

Rehabilitation Services  
Ministry of Health  
P.O.B 1176, Jerusalem 91010  
[Call.Habriut@moh.health.gov.il](mailto:Call.Habriut@moh.health.gov.il)  
Tel: \*5400 Fax: 02-5655969



מערך השיקום  
משרד הבריאות  
ת.ד. 1176 ירושלים 91010  
[דוא"ל Call.Habriut@moh.health.gov.il](mailto:Call.Habriut@moh.health.gov.il)  
טל: \*5400 פקס 02-5655969