



In Gonda Brain Research Center  
Bar Ilan University

## טופס ויתור על סודיות רפואית (קטין)

לשימוש משרדי - מספר בדיקה: \_\_\_\_\_

אני הח"מ, -

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

בשם בני/ בתי:

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

כאפוטרופוס הטבעי שלו/ה, אני מאשר בזאת לבתי חולים, לרופאיהם ולעובדיהם, לקופת החולים, רופאיה ועובדיה, לוועדה רפואית ולכל רשות רפואית אחרת למסור לבריינמאפ בע"מ - קליניקת MEG, כל מידע שתבקש הקשור למצבו/ה הבריאותי, והנני משחרר את המוסדות הנ"ל והרופאים הנ"ל מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהיה לי כל טענה בקשר למסירת המידע האמור. המידע המבוקש ניתן מרצוני ובהסכמתי.

אני מאשר בזאת לחברת בריינמאפ בע"מ לשלוח אלי, אל הרופא המפנה, אל בית החולים וקופת החולים ואל הגורמים המבטחים את התוצאות ופענוח בדיקת MEG שאעבור, באמצעי המשלוח המקובלים.

חתימה: \_\_\_\_\_

שם העד: \_\_\_\_\_

חתימת עד: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_