



**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: \_\_\_\_\_

