בס"ד

מרכז רפואי
מעיני הישועה
מיסודו של ד"ר משה רוטשילד ז"ל
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב
מקבלים עם נשמה.

תאריך הגשת הבקשה: _____

בקשה להוצאת מסמכים רפואיים

פרטי המטופל:

שם: _____

ת.ז. : _____

המסמך הדרוש: (לציין שנה) _____

_____

פרטי מגיש הבקשה:

מטרת הבקשה: _____

שם: _____

ת.ז.: _____

יש לצרף צילום ת.ז. + ספח

כתובת: _____

טלפון בית: _____

נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

יפוי כח

בפניית צד שלישי \ קרוב משפחה

אני הח"מ _____, ת.ז. מס. _____,

מייפה את כוחו של _____,ת.ז. מס. _____,

לקבל עבורי רשומה רפואית שלי מהמרכז הרפואי מעיני הישועה.

לצורך זה הנני מצרף כתב ויתור על סודיות רפואית.

הנני מאשר למרכז הרפואי מעיני הישועה למסור למיופה הכח את הרשומה הרפואית שלי.

מצורף ליפוי הכח תעודה מזהה שלי ותעודה מזהה של מיופה הכח מטעמי.

ולראיה באתי על החתום היום _____

צילום רשומה רפואית כרוך בתשלום, עפ"י תעריף משרד הבריאות.

עלות הוצאת מידע רפואי 109 ₪ עבור 10 דפים ראשונים ועוד 0.5 ₪ כל דף נוסף.

תשלום 109 ₪ שולם \ לא שולם

כמות דפים: _____

תוספת לתשלום: _____

_____

חתימה