

תאריך _____

הורים נכבדים !

שיתוף פעולה מצדכם בחתימה על ויתור סודיות רפואית, יסייע בידי הצוות הרפואי של בית הספר לערוך מעקב רפואי יעיל אחר ילדכם. לצורך כך, הנכם מתבקשים למלא את כל הפרטים המבוקשים בטופס "ויתור על סודיות רפואית" ולהחזיר את הטופס בהקדם לאחות ביה"ס יחד עם פנקס החיסונים של ילדכם.

בכבוד רב ובתודה,
אחות ביה"ס

=====

ויתור על סודיות רפואית

אנו הח"מ, הוריו ואפוטרופוסיו של התלמיד/ה (להלן: התלמיד), נותנים לכם בזה רשות למסור לצורך טיפול לכל רופא ו/או אחות שיימנו עם הצוות הרפואי של בית הספר בעתיד ו/או לצוות הרפואי של כל בית ספר אחר אליו יעבור התלמיד (להלן "המבקש"), את כל הנתונים הרפואיים המופיעים בכרטיס הבריאות של התלמיד/ה, ומוותרים על סודיות רפואית כלפי המבקש, ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

שם התלמיד/ה _____ מס' ת.ז. _____

שם האב _____ חתימה _____

שם האם _____ חתימה _____

ויתור סודיות רפואיות