**וויתור על סודיות רפואית**

**פרטי המצהיר:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **ת.ז.** | **תאריך לידה** | **זכר/נקבה** |
|  |  |  |  |  |

**ויתור על סודיות רפואית:** אני הח"מ נותן בזאת רשות לשרות בתי הסוהר ו/או למשרד הבריאות ו/או לכל קופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים וכן לכל הרופאים, למל"ל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל גורם או מוסד רלוונטי אחר, למסור לידי **עו"ד אור שפירו- סער ו/או עו"ד איתי כהן ו/או עו"ד שיר נובג ו/או מי מטעמם** (להלן: המבקש), את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתדרש 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 ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

כתב הוראות ויתור זה יהא בר תוקף כלפי כל גורם שבידו מצוי מידע רפואי בתייחס אלי, לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – שרות בתי הסוהר.

**לראיה באתי על החתום:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **תאריך** | **חתימה** |
|  |  |  |  |

**הריני לאשר חתימת המצהיר שלעיל:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תאריך אור שפירו-סער, עו"ד**