

תאריך: _____

לכבוד

שם המטפל: _____

ויתור סודיות

אני החתום מטה, מוותר על הסודיות הרפואית במתן מידע ופרטים אודותי ואודות הטיפול בי,

ע"י המטפל/ת: _____

ל _____

שם _____

ת.ז. _____

חתימה _____