

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_

ויתור סודיות

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

למטפל/ת \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_