



לכבוד מחלקת רשומות ומידע רפואי
ד"ר לוינגר מרכזים רפואיים מקבוצת דנאל
(עיניים – ירושלים)

בקשה למסמכים רפואיים

פרטי המטופל המבקש מסמכים רפואיים:

שם פרטי ומשפחה: _____ מס' תעודת זהות/דרכון: _____

מס' נייד: _____ כתובת: _____

כתובת דוא"ל לקבלת מסמכים רפואיים: _____

תאריך ביצוע הניתוח/ הפעולה: _____

אלו מסמכים רפואיים נדרשים: (נא לסמן)

העתק מכתב שחרור דוח ניתוח בדיקות עיניים תיק רפואי מלא

מטרת בקשת המסמכים: _____

בכל פניה לבקשת מסמכים רפואיים חובה לצרף:

- צילום תעודת זהות כולל הספח
- טופס ויתור סודיות רפואית חתום על ידי עד.

אופן קבלת המסמכים הרפואיים בחר/ אחת מהאפשרויות:

- (1) אני מאשר/ת לקבל מסמכים רפואיים בדואר רשום לכתובת המופיעה בתעודת זהות.
- (2) אני מאשר/ת לקבל מסמכים בדואר אלקטרוני לכתובת שרשמתי בטופס.
- (3) אני מאשר/ת לקבל את המסמכים הרפואיים באמצעות שליח (בצרוף ייפוי כח)
- (4) אגיע בעצמי לאסוף את המסמכים הרפואיים לאחר תיאום מראש.

תאריך: _____ חתימת המטופל/ת: _____