

טופס בקשות מידע רפואי וויתור על סודיות

אני הח"מ-פרטי הקטין,

שם משפחה	שם פרטי הקטין	ת.ז. של הקטין	כתובת
שם האב	ת.ז. של האב	שם האם	ת.ז. של האם

נותן בזה רשות להעביר את המידע שברשותכם אל המבקשים המפורטים להלן:

- קופת חולים בה מבוטח הילד _____ סניף _____
- הרופא המטפל _____
- מכון להתפתחות הילד - בי"ח _____
- שירות פסיכולוגי חינוכי – ערד _____
- אגף הרווחה עיריית ערד _____
- מטפלת / גננת / מורה _____

כמו כן הנני מאשר לגורמים המפורטים מטה להעביר את המידע שברשותם למרכז לגיל הרך:

- קופת חולים בה מבוטח הילד _____ סניף _____
- הרופא המטפל _____
- מכון להתפתחות הילד - בי"ח _____
- שירות פסיכולוגי חינוכי – ערד _____
- אגף הרווחה עיריית ערד _____
- מטפלת / גננת / מורה _____

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים והיחידה להתפתחות הילד במרכז לגיל הרך ערד, ולא תהא לי כל טענה או תבעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ולראיה באתי על החתום:

שם ההורה	חתימה	תאריך
שם העד לחתימה	ת.ז. של העד	חתימת העד

