

לכבוד

בית חנה – צפת

טופס ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ הוריו / אפוטרופוסיו של התלמיד _____
 נותנים לכם בזה רשות למסור לצורך טיפול, לכל רופא ו/או אחות שימנו את הצוות הרפואי של
 בית הספר, את כל הנתונים הרפואיים המופיעים בכרטיס הבריאות של התלמיד. אנו מוותרים על
 סודיות רפואית כלפי המבקש. לא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר
 לנ"ל.

מקום החינוך יהיה רשאי לפי שיקול דעתו להפנות את החניך לבדיקות רפואיות ו/או פסיכולוגיות
 ו/או לקבלת טיפול רפואי ו/או פסיכולוגי, הדרושים לשמירת שלומו הגופני ו/או הנפשי של החניך
 לפי שיקול דעתם של אנשי מקצוע. כמסוכם בזה, כי בכל מקרה של צורך בניתוח ו/או טיפול
 רפואי ו/או פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי ו/או אישפוז החורג מן הרגיל, תתבקש רשותנו מראש, פרט
 לניתוח או לטיפול דחופים שדחייתם עלולה לסכן את חייו של החניך.

בכל מקרה של אישפוז לאחר פינוי החניך ע"י צוות מקום החינוך יגיעו בני משפחתו ע"מ לשהות
 איתו במהלך האישפוז.

שם האב _____	שם האם _____
מס' זהות _____	מס' זהות _____
כתובת _____	כתובת _____
חתימה האב _____	חתימה האם _____
תאריך: _____	

הטופס בתוקף כל זמן שהות התלמיד בפנימייה.