



## הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים כתב ויתור על סודיות אם נושאת

אני החתומה מטה \_\_\_\_\_ בעלת ת.ז. מספר: \_\_\_\_\_ שפנית  
בבקשה לוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים:

1. נותנת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה קופת חולים ו/או לעובדיהם ו/או לכל מי שפועל מטעמם או בשליחותם **למסור לחברי הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים** (להלן: "הוועדה"), את כל המידע ללא יוצא מהכלל, בין בכתב ובין בעל-פה, ובאופן שתדרוש הוועדה, על מצבי הבריאותי – הן מהבחינה הפיזית והן מהבחינה הנפשית לרבות מידע הנוגע לטיפול או אשפוז או שיקום בתחום בריאות הנפש וכל היוצא באלה הדרושים לפי שיקול דעת הוועדה לצורך ביצוע סמכויותיה לפי חוק ההסכמים לנשיאת עוברים התשנ"ו – 1996 (להלן: "החוק").
2. אני נותנת בזה רשות לעובדי תחום למידע והערכה שבאגף המידע למסור לוועדה מידע אודותי הקיים בתחום זה, ככל שקיים, ובכלל זה מידע על טיפול / אשפוז / שיקום פסיכיאטרי.
3. אני משחררת בזה את כל המוסדות והעובדים כאמור בסעיפים 1 ו-2 שלעיל מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ומתירה להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם.
- אני מוותרת על סודיות זו כלפי הוועדה ולא תהא לי אל כל המוסדות ועובדיהם הנ"ל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.
- בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות ו/או עובדיהם ו/או כל מי שפועל מטעמם או בשליחותם.
4. הובהר לי שהמידע האמור שיימסר לוועדה לפי סעיף 1 או 2 יישמר בתיק הוועדה ולא יימסר לאיש זולת חברי הוועדה וישמש רק לצורך ביצוע סמכויות הוועדה לפי החוק.
5. **ככל שאיני מעוניינת בהעברת מידע אודותי לוועדה זכותי לוותר על בדיקתי ע"י הוועדה. במקרה זה תישלח להורים המיועדים הודעה על משיכת בקשתי מהוועדה. הובהר לי כי ההודעה להורים המיועדים לא תכלול כל מידע רפואי שהתקבל לגביי לפי כתב הסכמה זה.**
6. כתב ויתור סודיות זה תקף אך ורק לצורך ביצוע סמכויות הוועדה לפי החוק.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

פרטי עד לחתימה:

עו"ד:

שם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_

חותמת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

סימוכין: 28392218

עמוד - 1 - מתוך 1

Ministry of Health

P.O.B 1176 Jerusalem 91010

Tel: 02-5080301, Fax: 02-5655957

[pundekaut@moh.gov.il](mailto:pundekaut@moh.gov.il)



משרד הבריאות

ת.ד. 1176 ירושלים 91010

טלפון: 02-5080301, פקס: 02-5655957

[pundekaut@moh.gov.il](mailto:pundekaut@moh.gov.il)