



כיוונים אחרים

מרכז רב תחומי לאבחון, טיפול ולמידה  
בהנהלת אורנה מילר-בוטון

### הנדון : ויתור על סודיות

אני/ו הח"מ נותן/נים לכם או לעובדיכם בזה רשות לקבל מכל גורם רפואי, כל מידע בקשר למטופל/ו לשם הכנת דו"ח/ות ו/או ממצאי אבחון, בנוגע למטופל, הן בע"פ והן בכתב, ונותן/ים לכם בזה רשות למסור, הן בע"פ והן בכתב, דו"ח/ות ו/או ממצאי אבחון, ללא יוצא מן הכלל, בקשר למטופל ובאופן שיידרש לפי שיקול דעתכם במסגרת עבודתכם, ליועצת ביה"ס בו לומד המטופל ולפסיכולוגית של ביה"ס ו/או מחנכת ו/או מורה טיפולית או לפנימיות בהם המטופל מתגורר, לקלינאית תקשורת, למרפאה בעיסוק, לוועדת חריגים, של משרד החינוך לצורך בחינות הבגרות, ולמכון/ים להערכה של הבחינות הפסיכומטריות.

אני/ו פוטר/ים אתכם וכל עובד שלכם מחובה ואחריות, כלשהי, בקשר לקבלת המידע ו/או מסירת הדו"ח/ות או ממצאי האבחון כאמור לעיל. לא תהיה לי/לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו, בקשר לקבלת המידע ו/או מסירת דו"ח/ות ו/או ממצאי אבחון, כאמור לעיל.

אני/ו הח"מ מסכימ/ים לאפשר למאבחן/ים \_\_\_\_\_ לאבחן את בננו/בתנו

פרטי המטופל/המאובחן

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	שם האם	שם אפוטרופוס
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טלפון	נייד

ולראיה באתי/נו על החתום :

פרטי האב	פרטי האם	פרטי אפוטרופוס	תאריך
_____	_____	_____	שם משפחה
_____	_____	_____	שם פרטי
_____	_____	_____	תעודת זהות
_____	_____	_____	כתובת
_____	_____	_____	חתימה

יש להחתים את האב ואת האם כאחד : 2 חתימות הורים, אלא אם יש להורה צו משמורת, אותו יש לצרף. במקרה של משפחה אומנת, יש לצרף צו בית משפט.

פ.ח. 514189026

רח' מודיעין 62, רמת השרון 47290, טל-פקס' 03-5406986  
www.keyvunim.co.il