

תאריך: _____

לכבוד: _____ (להלן – "המוסד הרפואי")

כתב וויתור על סודיות רפואית
לצורך ביצוע בדיקת סמנים מולקולריים מרקמת בלוטת התריס (להלן: "הבדיקה")

אני החתום/ה מטה, נותן/ת בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיו ו/או למי שפועל מטעמו למסור לשירותי בריאות כללית (להלן: "כללית") ו/או לחברה שתבצע את איסוף הבדיקה ו/או לחברה שתבצע את הבדיקה עצמה כמצוין להלן את הפרטים הבאים:

1. דגימת ביופסיה **בלוטת התריס** השמורה בהקפאה ברשות המוסד הרפואי הנדרשת לצורך ביצוע הבדיקה.
2. דו"ח ציטולוגי רלוונטי לגבי הדגימה הנ"ל.

סוג הבדיקה שתבוצע ושם החברה שתבצע את הבדיקה (יש לסמן ב- X את הבדיקה הרלוונטית):

☐ בדיקת AFIRMA - אנליזה מולקולרית לשלילת ממאירות בקשריות בלוטת התריס של חברת כצט בע"מ המבוצעת בארזה"ב באמצעות חברת VERACYTE

בנוסף, אני נותן/ת בזה רשות לכללית לקבל כל מידע רפואי רלוונטי הנוגע למחלתי/מצבי הרפואי בגינם מבוצעת הבדיקה, לרבות מחלות עבר הרלוונטיות לבדיקה.

הוסבר לי וידוע לי שתשובות הבדיקה שתבוצע יועברו במישרין אל הרופא המטפל ו/או אל הרופא ממין הבדיקה.

אני משחרר/ת בזאת את המוסד הרפואי, את הכללית וכל חברה המעורבת באיסוף ו/או בביצוע הבדיקה לעיל ואני את עובדיהם ואני את כל מי שפועל מטעמם או בשליחותם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, בהתאם להרשאה לעיל בלבד, ולא תהיינה לי נגדם ואני נגד מי שפועל מטעמם או בשליחותם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת מידע כאמור, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ואני חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ואני כל דין אחר.

בחתימתי אני מאשר/ת כי קיבלתי הסבר מהרופא המטפל על משמעות הבדיקה.

הסכמה לגבי מימון הבדיקה

ידוע לי, כי תנאי להשתתפותה של כללית בעלות הבדיקה המבוצעת באמצעות החברה הינו אישור בכתב של כללית עבור החברה בדבר ביצוע הבדיקה, בהתאם לעמידה בקריטריונים שנקבעו על ידי כללית, והובהר לי כי בהעדר אישור כללית כאמור לפני ביצוע הבדיקה – לא תשתתף כללית בעלות הבדיקה.

פרטי המטופל/ת:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר תעודת זהות _____
כתובת _____

תאריך _____ חתימה _____

פרטי העד לחתימה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר תעודת זהות _____
כתובת _____
מס' רישיון _____ חותמת _____ חתימה _____

צעד לפני
בשביל הבריאות שלך