

## - סודי ביותר -

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד:

מחלקת רשומות רפואיות

טל': 04-8559248 Tel: פקס: 04-8559223 Fax:

המרכז הרפואי לברה"נ מעלה הכרמל

הנדון: בקשה של מטופל/ת לקבל עותק סיכום מחלה / תיק רפואי / סיכום ביקור במרפאה

אני \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

מס' טלפון \_\_\_\_\_ מס' טלפון סלולרי \_\_\_\_\_

מבקש לאשר לי:

1. לעיין במסמכים הרפואיים המתועדים בתיקי הרפואי.

2. לקבל עותק סיכום מחלה מאשפוזי בשנים \_\_\_\_\_

3. לקבל עותק של תיק מרפאה/ סיכום ביקור אחרון במרפאה.

4. לקבל עותק של כל התיק הרפואי.

5. קבלת דו"ח סוציאלי / פסיכולוגי / אבחוני.

חתימה של מבקש/ת הבקשה \_\_\_\_\_

שם מקבלת הבקשה: \_\_\_\_\_