**ויתור סודיות**

### לכבוד:

**שירותי בריאות הנפש   
רחוב ירמיהו 39, ת.ד. 1176, ירושלים 9101002  
משרד הבריאות**

אני החתום מטה,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה: |  | שם פרטי: |  |
| בעל ת.ז מס' |  | | |
| משחרר את |  | | |
| משמירת סודיות וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע לפנייה זו, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.  **כתב ויתור סודיות זה נועד אך ורק לצורך הטיפול בפנייה המצורפת.** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| חתימה |  | תאריך |  |

**במידה שיש אפוטרופוס - עד לחתימה**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה: |  | שם פרטי: |  | קרבה |  |
| כתובת |  | מס' טלפון |  | | |
| חתימה |  | תאריך |  | | |