

לכבוד

עמותת עמינדב

אני החתום מטה מאשר לעמותת עמינדב או בא כוחו, אישור לקבל ו/או לתת כל אינפורמציה בקשר למצבי הסוציאלי, הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל אינפורמציה אחרת שתידרש ו/או כל מסמך רפואי אודותיי, לגורמים הקשורים לטיפול בי.

אני מאשר/ת בחתימתי שהנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף לאורך כל תקופת השירות הלאומי אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

שם הצעיר	תאריך	חתימה
_____	_____	_____

אנשי קשר בקהילה:

שם	טלפון	פרטי התקשרות נוספים
מורה		
עוסי"ת		
פסיכיאטר.ית		
מטפל.ת/ פסיכולוג.ית		
אחר		

החלק הבא למילוי *** **רק ובמידה ויש אפטרופוס** *** (יש לצרף אישור אפטרופוסות)

האם יש לך אפטרופוס? כן/לא

שם האפטרופוס	חתימת האפטרופוס
_____	_____

