

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה

מחלקת רישום ומידע רפואי

אימייל mr@pmc.gov.il, פקס 04-6652708, טלפון 04-6652317

תצהיר יורשים לקבלת רשומה רפואית של נפטר/ת

אני החתום/מה מטה _____ נושא/ת ת.ז. מס' _____
לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן,
מצהיר/ה בזה:

1. חובה לסמן את האפשרות המתאימה

אני מבקש /ת לקבל מסמכים רפואיים אודות אבי, אמי, בעלי, אשתי, אחי,
 אחותי, בני בתי המנוחים.

הנני מגיש/ה תצהיר זה במסגרת בקשתי לקבל את העתק תיקו/ה הרפואי של

_____ המנוח/ה ת.ז. _____.

(להלן – הנפטר/ת) מהמרכז הרפואי פוריה.

2. חובה לסמן את האפשרות המתאימה מבין השתיים:

הנני יורש/ת של הנפטר על-פי דין

הנני יורש/ת של הנפטר על פי צוואה. (במקרה של צוואה יש לצרפה לתצהיר!).

3. חובה לסמן את האפשרות המתאימה מבין השתיים:

הנפטר אין יורשים נוספים

כל היורשים האחרים של הנפטר, מסכימים למסירת העתק תיקו הרפואי של הנפטר לידי.

4. אינני מתנגד/ת כי העתק תיקו הרפואי של הנפטר יימסר גם לידי שאר היורשים של הנפטר.

5. זה שמי וזו חתימתי ותוכן תצהירי זה אמת.

_____ חתימה

_____ תאריך

אני החתום/מה מטה עו"ד _____, מאשר /ת בזאת כי בתאריך _____
הופיע/ה בפני _____ הנושא ת.ז. שמספרה _____ ולאחר
שהזהרתיו/ה כי עליו/ה לומר את האמת וכי ת/יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא ת/יעשה כן,
אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/מה עליה בפני.

_____ חתימת עו"ד וחותמת

עו"ד יקרה – נא לוודא כי מולאו הסימונים הנדרשים בסעיפים 2 ו-3 וכי צורפה צוואה ככל שנדרש, אחרת
הבקשה לא תטופל.

*אם הצהרת המבקש סותרת את המידע המפורט ברשומת המטופל של המנוח, או שידוע שהמנוח התנגד למסור מידע
למבקש, או שהמבקש אינו קרוב משפחה יש להציג צו ספציפי מבית משפט.