

תצהיר יורשים לקבלת רשומה רפואית של נפטר/ת

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

1. אני מבקש/ת לקבל מסמכים רפואיים אודות אבי, אמי, בעלי, אשתי, אחי, אחותי, בני בתי המנוחים. (יש לסמן בקו)
2. הנני מגיש/ה תצהיר זה במסגרת בקשתי לקבל את העתק תיקו/ה הרפואי של _____ המנוח/ה ת.ז. _____
(להלן – הנפטר/ת) מהמרכז הרפואי פוריה.
3. הנני יורש/ת של הנפטר על-פי דין או הנני יורש/ת של הנפטר על פי צוואה. (יש לסמן בקו)
(במקרה של צוואה יש לצרפה לתצהיר)
4. לנפטר אין יורשים נוספים או כל היורשים האחרים של הנפטר, מסכימים למסירת העתק תיקו הרפואי של הנפטר לידי. (יש לסמן בקו)
5. אינני מתנגד/ת כי העתק תיקו הרפואי של הנפטר יימסר גם לידי שאר היורשים של הנפטר.
6. זה שמי וזו חתימתי ותוכן תצהירי זה אמת.

_____ תאריך
_____ חתימה

אני החתום/מה מטה עו"ד _____, מאשר/ת בזאת כי בתאריך _____
הופיע/ה בפני _____ הנושא ת.ז. שמספרה _____ ולאחר
שהזרתני/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 וחותרמת

*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.