



## ויתור על סודיות רפואית

שם המטופל: \_\_\_\_\_

ת"ז: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_

מאשר בזאת לסטודנט \_\_\_\_\_ להשתמש בפרטי המקרה הרפואי שלי לצורך

עבודת ההתמחות בקוס הידרותרפיה באקדמיית עולם המים.

מובהר בזאת שלא ייחשפו פרטי האישיים או כל פרט מזהה אחר.

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת המטופל: \_\_\_\_\_

העתקים חתומים יש להעביר למנהל הבריכה הטיפולית ולרכזת הקורס באקדמיה.