



שם \_\_\_\_\_

מזהב

פתח א.נ.נ. פדגוגיה א.נ.נ. א.נ.נ. א.נ.נ.

שם משפחה

## ויתור סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

### פסיכיאטר ופסיכולוג

אני פועל/ת על מנת להעביר מידע פסיכולוגי לרופא/ת פסיכיאטר ופסיכולוג

#### פרטים אישיים

שם פרטי ושם משפחה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מס' זהב: \_\_\_\_\_

כתובת דוא"ר: \_\_\_\_\_

כתובת דוא"ר: \_\_\_\_\_

#### פרטים קליניים

שם הרופא/ת: \_\_\_\_\_ פסיכיאטר: \_\_\_\_\_

שם המטופל: \_\_\_\_\_ פסיכיאטר: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת את העברת המידע הפסיכולוגי לרופא/ת פסיכיאטר ופסיכולוג

וכן להעביר מידע פסיכולוגי לרופא/ת פסיכיאטר ופסיכולוג

שם הרופא/ת: \_\_\_\_\_ פסיכיאטר: \_\_\_\_\_

שם המטופל: \_\_\_\_\_ פסיכיאטר: \_\_\_\_\_

