



טופס בקשה להצטרפות לשמיר אישי

מטופל יקר שלום רב!

מטרתו של טופס זה הנה לקבל את הסכמתך/הסכמתכם לרישום למערכת קבלה והעברת מידע של המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)[להלן: המרכז הרפואי]. המדובר במערכת ממוחשבת אשר באמצעות רישום לה, תוכל/י ותוכלו לקבל גישה מרחוק למידע רפואי הנוגע אליך/אליכם, וכן לקבל פרטי מידע נוספים מהמרכז הרפואי, אשר עשויים להיות רלוונטיים אליך/אליכם ולעניין אותך/אתכם. המערכת ממוגנת מפני פרצות באבטחת המידע שבה באמצעים חדישים. יתרונה בכך שהיא מאפשרת לך, המטופל, להיחשף למידע הנוגע אליך מרחוק ללא צורך בהגעה למרכז הרפואי או צורך בסיוע מענה אנושי.

אנא מלא' את פרטיך :

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____ מס' זהות : _____

טלפון נייד : _____ מייל @ _____

במקרה של קטין נא למלא את פרטי ההורה :

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____ מס' זהות : _____

טלפון נייד : _____ מייל @ _____

הבהרות חשובות

בחימה על טופס זה הנך מסכים/מסכימה/מסכימים :

- לקבל גישה למידע רפואי מרחוק באמצעות המערכת הייעודית של המרכז הרפואי לגביכם ובמקרה רלוונטי לגבי בנכם/בתכם.
- מסכימים להיכלל במאגר מידע הכולל את פרטי/פרטינו כמצוין לעיל.
- לקבל מידע שעשוי להיות רלוונטי אלינו מהמרכז הרפואי בדבר חדשות/ שירותים חדשים/ופרטים בנוגע לשירות שניתן במרכז הרפואי.
- לכך שהנתונים הרפואיים לגביכם יהיו נגישים באמצעות המערכת הממוחשבת של המרכז הרפואי שמיר. מובהר בזאת, שחרף אמצעי ההגנה החדישים שבהם נוקט המרכז הרפואי, אין מערכת ממוחשבת שחסינה מפני פרצות באבטחת המידע.

התייחסות למידע הרפואי

המידע הרפואי עשוי להיות חלקי ו\או מורכב מאד מבחינה רפואית וכן עשוי להיות קשור לאבחון ו\או לצורך טיפול במחלות שונות ולעיתים אף במחלות קשות. לאור האמור הומלץ לי לקרוא את המידע הרפואי יחד עם הרופא המטפל שלי המכיר היטב את הנתונים הרפואיים שלי וזאת על מנת לוודא הבנה נכונה של המידע הרפואי ושל משמעות המידע ביחס לבריאותי לרבות אפשרויות טיפול.

ולראיה באתי/באנו על החתום :

חתימת מטופל או הורה

תאריך