

טופס בקשה והסכמה לשליחת מסמכים רפואיים פרטיים דרך דואר אלקטרוני

אני החתום/ה מטה מצהיר בזאת כי אני מסכים/ה ומאשר/ת למעבדת השינה להעביר לי את תוצאות הבדיקה בדואר אלקטרוני מאובטח ומוצפן לפי תקני HIPAA ו-ISO/IEC 27001:2013, לכתובת הדואר האלקטרוני אשר אספק במסמך זה.

אני מודעות שמידע רפואי הינו אישי וסודי ואין מעבדת שינה מילניום-טל אחראית על העברתו לגורם צד ג', במידה וניתנת גישה לכל גורם אחר, פיזית או מכוונת, לתיבת הדואר האלקטרונית המצוינת.

(נא למלא את כל הפרטים המצוינים מטה)

פרטי הנבדקות:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

ת.ז.: _____

כתובת דואר אלקטרוני (נא לכתוב באותיות דפוס בלבד - ABC...):

נבדקתי במעבדת שינה בתאריך _____

הבדיקה בוצעה (להקיף בעיגול): במעבדת השינה \ בבית הנבדק.

(לפי צורך – להקיף בעיגול)
פרטי הורה \ אפוטרופוס חותם:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____

תאריך הבקשה _____

חתימת הנבדק \ הורה \ אפוטרופוס _____

- ❖ טופס שישלח עם פרטים חסרים לא יזכה להמשך טיפול.
- ❖ אם הבקשה הוגשה ע"י אפוטרופוס, נא לצרף עותק של תעודת אפוטרופסות.

את הטופס המלא ניתן לשלוח:

לאימייל: info@mlsleeplab.co.il

לפיקס מספר: 052-4421345 (טלפון להודעות בלבד, שיחות לא ייענו)

לפיקס מספר: 08-6283111.

★ ★ _____ ★ ★

טל' 08-6238106 | פקס 08-6283111

כתובת. רחוב הבורסקאי 1, פינת אליהו נאוי, באר שבע. בניין קריית העסקים, חדר 104.

מ"ל millenium@mlsleeplab.co.il | אתר millennium.infomed.co.il