

**המכון לריפוי בעיסוק, היחידה לשיקום נהיגה
הסכמת הלקוח לויתור על סודיות רפואית וויתור על תביעה כתוצאה מכך**

שם הלקוח: _____
ת.ז. מספר: _____
תאריך: _____

הסכם בין יחידת שיקום הנהיגה במרכז רפואי רבין קמפוס בלינסון לבין
_____ (שם הנבדק) -

הנני מאשר שנרשמתי להערכה של תפקודי נהיגה, ביחידה לשיקום נהיגה במסגרת
המחלקה לריפוי בעיסוק במרכז רפואי רבין, קמפוס בלינסון.

הנני מביע את הסכמתי לקבל על עצמי את תוצאות ההערכה, ולנהוג על פיהם.
במידה ואכשל במערכת המבחנים המוטוריים, התפיסתיים הקוגניטיביים ו/או
במבדק הנהיגה המעשי שאעשה, אני מביע את הסכמתי להעברת הממצאים למכון
הרפואי לבטיחות בדרכים.

הנני מאשר שידוע לי שעל פי הוראות משרד הבריאות חלה על הרופא המטפל ועליי
חובת דיווח במקרה וקיים חשד לגבי כשירות הנהיגה שלי, עקב מצבי הרפואי.

הנני מסכים לכך שהמכון הרפואי ימסור למרכז לאבחון ושיקום כישורי נהיגה
בבילינסון מידע רפואי ותעבורתי הרלוונטי לבדיקה זו.

בנוסף אני משחרר את מרכז רפואי רבין וצוות היחידה לשיקום נהיגה מכל אפשרות
לתבוע אותם עקב אי שמירה על סודיות רפואית בקשר ליכולתי לנהוג ברכב.

על החתום: _____

מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת ת"א