

## Приложение № 2

### Отказ от соблюдения врачебной тайны

Я, нижеподписавшийся/яся \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, настоящим документом ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ всем врачам и/или медицинским работникам, и/или медицинским учреждениям, и/или их сотрудникам и/или иным специалистам, физическим и юридическим лицам (в дальнейшем именуемым – «Держатель информации») предоставить компании EMS WW Ltd. и её сотрудникам и/или физическим или юридическим лицам, сотрудничающим по найму или договору с компанией EMS WW Ltd. любую медицинскую информацию (без исключения), имеющуюся в распоряжении у «Держателя информации», как в устной, так и в письменной форме (в дальнейшем именуемой – «Информация»).

Упомянутая выше «Информация» будет содержать (без каких-либо ограничений) данные о моём физическом и душевном состоянии, всех видах лечения назначенного мне, полученного и/или получаемого мной, включая информацию психологического и/или психиатрического, социального, гериатрического и/или реабилитационного характера (все виды травм и повреждений в результате транспортных происшествий, производственной и/или бытовой травмы), сведения, касающиеся всех имеющихся или перенесенных мною заболеваний, рекомендации и прогностические данные, относящиеся к состоянию моего здоровья в прошедшем, настоящем и будущем.

Я освобождаю «Держателя информации» от всякого рода обязательств, препятствующих «Держателю Информации» в осуществлении вышеупомянутого отказа от соблюдения врачебной тайны в отношении компании EMS WW Ltd.

Я обязуюсь не предъявлять каких-либо требований и/или запросов и/или жалоб любого рода касательно вышеупомянутого материала по отношению к компании EMS WW Ltd.

В дополнение, Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ компании EMS WW Ltd. хранить и, по моей просьбе, использовать упомянутую выше «Информацию» и данные моей медицинской истории, которая может находиться в базе данных любого «Держателя Информации».

Данный Отказ составлен в соответствии с Положением о праве на защиту частной информации в Израиле (1981г.).

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и подпись)

В случае, когда данный Отказ касается лица не достигшего 18-летнего возраста или лица, не способного к принятию самостоятельного решения, Он должен быть подписан родителями (в т.ч. одним из них, в случае наличия доверенности или единоличной опеки) и/или опекуном по закону.

\_\_\_\_\_  
Имя отца /матери

\_\_\_\_\_  
Номер паспорта

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Имя опекуна

\_\_\_\_\_  
Номер паспорта

\_\_\_\_\_  
Подпись