<u>הודעה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות</u>

לכבוד

_____

1. לצורך הטיפול שיינתן תתבקש למסור פרטים מזהים ופרטי התקשרות. בנוסף לכך, במהלך הטיפול ייתכן שתתבקש למסור פרטים אישיים נוספים, לרבות פרטים אודות מצבך הבריאותי ו/או הנפשי.
2. המידע שתמסור עשוי להישמר במאגר מידע ולהיות מאוחסן באמצעים דיגיטליים.
3. **העדר חובה למסור את המידע המבוקש**: לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע הנדרש לטיפול, ומסירת המידע תלויה ברצונך ובהסכמתך. יחד עם זאת, ייתכן שחלק מן המידע שתתבקש למסור נדרש לצורך קבלת טיפול אפקטיבי, והמטפל עשוי לסרב לתת טיפול או להמשיך לתת טיפול בהעדר מידע הדרוש לקיומו של הטיפול.
4. **מטרת מסירת המידע**: המידע שיתבקש מיועד למתן טיפול אפקטיבי באמנויות. כמו כן המידע מיועד לאפשר יצירת קשר עמך לצורך קיום הטיפול, תיאום מפגשים, גביית תשלום וכל מטרה אחרת שנועדה לאפשר קיומו של קשר טיפולי בינך לבין המטפל.
5. **שם המטפל ודרכי יצירת הקשר עימו**: _____
6. **למי יימסר המידע**: המידע שתמסור למטפל לא יימסר לאיש, אלא אם תחתום על הסכמה נפרדת בכתב למסור את המידע לאדם או גוף אחר, או במקרים יהיה המטפל חייב למסור את המידע על פי דין.
7. **זכות העיון במידע האישי**: אתה רשאי לפנות אל המטפל, בעצמך או באמצעות בא כוחך, כדי לעיין במידע המוחזק אודותיך. המטפל רשאי שלא למסור לך מידע אישי המתייחס למצבך הרפואי או הנפשי אם לדעתו עלול המידע לגרום נזק חמור לבריאותך הגופנית או הנפשית או לסכן את חייך; במקרה זה המטפל ימסור את המידע לרופא או לפסיכולוג מטעמך. כמו כן לא יימסר לך מידע בניגוד לחיסיון שנקבע על פי כל דין, אלא אם מדובר בחיסיון שנועד לטובתך. נוסף לאמור, המטפל רשאי שלא למסור לך מידע שהוא תרשומת אישית של המטפל, כמשמעה בחוק זכויות החולה.
8. **תיקון מידע אישי**: אם לאחר שתעיין במידע אישי אודותיך תמצא שהמידע אינו נכון, שלם, ברור או מעודכן, הנך רשאי לפנות אל המטפל בבקשה לתקן את המידע האישי או למוחקו.

שם המטופל: _____

ת"ז / מס' דרכון (למי שאינם תושבי ישראל) _____

כתובת מגורים: _____

מס' טלפון נייד: _____

כתובת דוא"ל: _____

חתימה _____