

ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א' אני הח"מ מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
טלפון			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העלייה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל: _____ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או הישגיי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. נותני השירותים שיפורטו להלן.

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

שמות נותני השירותים:

רופאים	1. _____	2. _____	
	3. _____	4. _____	
מכונים, מעבדות	1. _____	2. _____	
	3. _____	4. _____	

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: _____ ת"ז: _____ שם האב: _____ ת"ז: _____

תאריך _____ עד לחתימה מס' ת"ז _____ חתימה _____
(במקרה של קטין – חתימת האפוטרופוס)

ייפוי כוח
הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____