

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה:

שמו	שם משפחה	שם פרטי	יחיד	32372849	גואל
שקד	רחוב	60	מספר	טבריה	שם האב
				עיר	144000
					מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- עוה"ד אריאל פרייברג (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, וכן מכונים פרטיים (הדמיה גנטיקה פתולוגיה ו/או כל מכון אחר) ובתי חולים פרטיים וכן חברות ביטוח וכל גורם אחר אליו אפנה, מחובת שמירה על סודיות 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 השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כקשר 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 חולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ כללית _____ סניף: _____ טבריה _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____ שמות נותני השרותים:

רופאים:

1. _____ 2. _____

מכונים, מעבדות:

1. _____ 2. _____

X
חתימה

אלון קיפר, עו"ד
מ.ר. 98761
חתימת העד

אלון קיפר, עו"ד
עד לחתימה
(שם + ת.ז.)

11/09/2024
תאריך

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: עוה"ד אריאל פרייברג לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

חתימה

11/09/2024 תאריך:

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה:

שמו	שם משפחה	יחיאל	32372849	גואל
שם פרטי	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
שקד	רחוב	60	טבריה	144000
מספר	מיקוד	עיר		

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, וכן מכוני פרטיים (הדמיה גנטיקה פתולוגיה ו/או כל מכון אחר) ובתי חולים פרטיים וכן חברות ביטוח וכל גורם אחר אליו אפנה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כקשר 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 חולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____

או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ כללית _____ סניף: _____ טבריה _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____ שמות נותני השרותים:

רופאים:

1. _____ 2. _____

מכוני, מעבדות:

1. _____ 2. _____

X
חתימה

אלון קיפר, עו"ד
מ.י.ה.ת. 8876
עד לחתימה

אלון קיפר, עו"ד
עד לחתימה
(שם + ת.ז.)

11/09/2024

תאריך

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

חתימה

11/09/2024 תאריך: