

חלק א'

אני החתום מטה:

שם משפחה שם פרטי מס' זהות
שם האב

רחוב מספר עיר מיקוד
טלפון דואר אלקטרוני

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי או מוסד רפואי, לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהן, או מי מטעמן או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי (על כל מחלקותיו, לרבות מחלקת גבייה מלא שכירים ומחלקת רציפות בעבודה) או למשרד הבריאות או לצבא ההגנה לישראל או למשרד הביטחון או לחברות הביטוח או מבטחים או מבטחים החדשה או קרן מקפת או מקפת החדשה או לכל עובד בתחום הסיעודי העובד במוסד רפואי או במוסד לביטוח לאומי למסור ל..... (נא למלא את שם הנתבע) או למי מטעמו או לבא מכוחו או למי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמו לאיסוף מידע (להלן – המבקשים) את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שפורטו לעיל, בלא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על מצבי הבריאות או מצבי בתחום הסיעודי או השיקומי או הפסיכיאטרי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, והכול לעניין תביעתי כנגד

בשל אירועים מיום או בחודש/חודשים

אני משחרר בזה את כל המוסדות, לרבות קופת החולים או כל רופא מרופאיהם או כל עובד מעובדיהם או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם או קרנות הפנסיה או מבטחים או מקפת, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות או השיקומי או הסיעודי או הפסיכיאטרי, ומתיר להם בזה מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שפורטו לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי אל כל המוסדות, לרבות קופות החולים או למי מרופאיהם או עובדיהם או מי מטעמם 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, או רופאיהם או עובדיהם או מי מטעמם או נותני השירותים שפורטו לעיל.

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

.....
או על המידע המפורט להלן:

כתב ויתור זה מחייב אותי, את יורשיי, את מנהל עיזבוני, את באי כוחי וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב'

שם קופת החולים סניף

שם קופת החולים הקודמת

ולחלן באתי על החתום:

תאריך שם פרטי ושם משפחה חתימה

ייפוי כוח:

אני מייפה את כוחו של עו"ד או נציג חברת לקבל את המידע הרפואי כמפורט לעיל.

תאריך שם פרטי ושם משפחה חתימה

מאמת החתימה (רופא או עורך דין)

אני מאשר כי ביום לחודש שנת בא/ה מולי התובע/ת שפתי/ה מצוינים לעיל וחתמ/ה על כתב ויתור סודיות רפואית זה.

תפקיד שם משפחה שם פרטי

מס' זהות כתובת מס' רישיון

מס' רישיון
מס' זהות
מס' רישיון
מס' זהות
מס' רישיון
מס' זהות

מס' רישיון
מס' זהות
מס' רישיון
מס' זהות