

כתב ויתור על סודיות רפואית וכללית

שם העובד: (שם פרטי ושם משפחה) אביטל שיף מספר הזהות: 036993020
 שמות קודמים: אביטל קצור
 כתובת: שבי שומרון

אני החתום מטה אביטל מספר תעודת זהות: 036993020, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובית חולים ו/או מכון מור ו/או המכון לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או ליחידה הרפואית לעובדי המדינה ו/או למרפאות בריאות הנפש ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים ו/או מנהל האוכלוסין ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או לשירות התעסוקה ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן: "המוסדות") למסור לקרן הפנימית לביטוחי הממשלה בהנהלת ענבל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן "הפול" המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי, כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

הריני משחרר ופוטר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם ו/או בשליחותכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי, ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל המוסדות שלעיל, כולל מידע או מסמך על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע האמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי, וכל מי שיבוא במקומי.

שם החותם (במקרה של אדם שמונה לו אפוטרופוס יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה: שיף שם פרטי: אביטל מספר תעודת זהות: 036993020
 כתובת: שבי שומרון עיר: המור מיקוד: _____
 תאריך: 4485800 חתימה: אביטל

פרטי עד לחתימה: (רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק)

תפקיד: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 מספר תעודת זהות: _____
 כתובת: _____
 תאריך: _____ חתימה וחתימת: _____

* במקרה של פטירה יש לצרף טופס זה בשינויים המחויבים.