

טופס בקשת מידע רפואי ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

רוקח	גלוריה	318047453	
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	שם האב
אפשטיין 4	בני ברק	מיקוד	מס' טלפון
רחוב + מס'	עיר		

נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובדי המוסד לביטוח לאומי לרבות מחלקת נכות כללית, שיקום, נפגעי עבודה, סיעוד, רציפות ביטוח ושירותים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הרישוי ו/או למשרד העבודה ו/או לכל עובד סוציאלי ו/או סיעודי למסור ל- **"עיריית תל אביב" ו/או לעו"ד מטעמה ו/או למשרד עו"ד מ.תגר ו/או לחברת איסוף המסמכים ו/או ל** (להלן: **"המבקשים"**) את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים 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 בתחום הפסיכיאטרי והנפשי בכלל ו/או כל מחלה שחליתי בה ו/או כל מחלה שאני חולה בה כעת ו/או כל תאונה בה הייתי מעורב וזאת לרבות כל התשלומים ששולמו לי וישתלמו לי.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או ל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת 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.

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח _____ לאומית _____ סניף _____ מס' חבר _____ שם המוסד _____.

שמות נותני שירותים:

רופאים מטפלים לרבות רופאים פסיכיאטריים ופסיכולוגים שמטפלים וטיפלו בעבר:

_____ (נא לפרט כתובת מרפאה).

מכונים ומעבדות בהן נעשו צילומים והדמיות (סיטי, אולטרסאונד, צילומים) ו/או כל בדיקה מיוחדת:

_____.

מס' אישי בצה"ל: _____.

שם קופ"ח קודמת + סניף: _____.

במקרה של קטין:

שם האם	ת"ז	שם האב	ת"ז

26.10.25

תאריך

(במקרה של קטין חתימת האפוטרופוס)

חתימה

עד לחתימת ברג, עו"ד

62254.מ.ר.