

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

לכבוד

1. המומחה
2. משרד עו"ד ביניש-איבצן ו/או מיופה כחו ו/או שלוחו
3. ענבל חברה לביטוח בע"מ
4. מגדל חברה לביטוח בע"מ
5. כלל חברה לביטוח בע"מ

אנו הח"מ, _____ נושא ת"ז מס' _____ ו- _____ נושאת ת"ז מס' _____ הוריו _____ ואפוסטרופוסיו של הקטין _____ נושא ת"ז מס' _____ מוותרים בזה על הסודיות הרפואית ומייפים את כוחם של המבקשים ו/או כל אדם אשר ייקבע לכך על ידם לפנות לכל אדם ו/או גוף המפורטים להלן: [במקרה של קטין יירשמו פרטיו והטופס יחתם מטה על ידי הוריו ואפוסטרופוסיו הטבעיים]

1. כללי

לכל אדם או גוף, רופא, פסיכולוג, עובד רפואי, פקיד שיקום, עובד סוציאלי, מוסד, מוסד רפואי, מוסד שיקומי, מוסד חינוכי, מרכז איבחון, מרכז השמה, בית חולים, קופת חולים, ועדות רפואיות, קרנות פנסיה, קרנות למיניהם, חברות ביטוח, משרדי ממשלה שונים, רשויות עירוניות, תחנות לבריאות הנפש.

2. המוסד לביטוח לאומי

לכל עובד רפואי ו/או סוויאלי ו/או סיעודי ו/או מוסד רפואי /או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי.

3. צ.ה.ל, משרתת ישראל, משרד הבטחון (מס' אישי ב.צ.ה.ל. / מספר שוטר _____) ל.צ.ה.ל. ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל אדם המשרת ב.צ.ה.ל. ו/או בכוחות הבטחון של מדינת ישראל לרבות משרתת ישראל ו/או משמר הגבול ו/או לכל עובד בתחום הרפואי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכולוגי ו/או הפסיכיאטרי ו/או השיקומי ו/או הסיעודי ו/או האבחון ו/או כל מוסד ממוסדותיכם לרבות בתי חולים ו/או מחלקות ו/או מרכזי השמה ו/או מרכזי אבחון.

4. מוסדות חינוך – משרד החינוך- משרד הבריאות, רשויות מקומיות ועירוניות

למשרד החינוך, לכל רשות עירונית ו/או מקומית ו/או איזורית וכן לכל מוסד חינוכי בו למדתי ו/או קבלתי טיפול מאז לידתי לרבות כלכל בית ספר ו/או גן ילדים ו/או טיפת חלב מרכז לאם ולילד, מרכז לבריאות הנפש, שירות פסיכולוגי, עירוני ו/או מקומי, וכן ליועצים חינוכיים ו/או יועצים פסיכולוגיים ו/או לכל מורה ו/או מנהל בית ספר.

והננו מבקשים מכל אדם ו/או גוף שפורט לעיל למסוק למבקשים כל תעודות רפואיות גליונות וסיכומי מחלה, מסמכי אשפוז ושחרור, דוחות רפואיים, בדיקות מעבדתיות בדיקות ותעודות פסיכולוגיות ופסיכיאטריות, מימצאים והחלטות של רופאים של ועדות רפואיות, ועדות השמה, אבחון ושיקום, וכל מידע פרטים ומסמכים אחרים ונוספים, איזה שהם שיידשו על ידו(ם) בלי יוצא מן הכלל בקשר ובכל הנובע במישרין או בעקיפין למצבו הרפואי ולמצבו הבריאותי של התובע, בעבר, בהווה ובעתיד ולכל מחלה שחלה ו/או שהוא חולה בה וכל פגיעה שנפצע בעבר והנזקים הגופניים והנפשיים שסבלתי ו/או שאני סובל מהם ו/או בקשר ובעל הנוגע לנכויות שלי הן הזמנית והן הצמיתת ולטיפולים הרפואיים, הנפשיים, השיקומיים, הסיעודיים בהווה ובעתיד לרבות התוצאות הצפויות או המתוכננות וכן כל תעודה ו/או תעודת בית ספר ו/או תעודת גמר ו/או כל רשימת ציונים על הישגיו בלימודים וכן כל מידע ומסמכים בקשר ובכל הנוגע לפרופיל הצבאי שלו ב.צ.ה.ל. וכמו כן כל מידע ומסמכים בקשר ובעל הנוגע לגימלאות ולתגמולים בכסף ובעין שקיבל בעבר ושהוא מקבל בהווה ושקיבל בעתיד מכל מקור וכולל תביעות לגימלאות ותגמולים והדוחות הרפואיים והאחרים הנוגעים לכל אלה, ולרבות כל מסמך הנוגע לנכות כללית ו/או נכות מעבודה.

והרינו משחררים ופוטרים אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית ומוותרים בזה על כל טענה ותביעה בקשר לסודיות רפואית כלפיהם וכלפי כל גוף או מוסד המוסר חומר בהתאם לכתב ויתור זה. בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ שם האב _____
קופת חולים _____ המרפאה _____ . שם קופת חולים עד גיל 18 _____ .
מרפאות ורופאים מקצועיים _____
בתי חולים ומרפאות חוץ _____
שמות רופאים מטפלים בעבר _____
שמות רופאים ומטפלים כיום _____

חתימת האם

חתימת האב

תאריך

אישור חתימה

אני הח"מ _____, עו"ד מ _____ מאשר כי ביום _____ התייצבו _____ נושאת ת"ז מס' _____ ו- _____ נושא ת"ז מס' _____ וחתמו על מסמך זה בפני.

חתימה

יפוי כח

הננו מייפים את כוחו של _____ לטפל בשמנו ומטעמנו בהשגת מידע על פי טופס ויתור סודיות.