

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, נחשון נגלר נושא ת"ז מס' 31889819 ו- כרמית נגלר נושאת ת"ז מס' 003756923 הוריו ואפוטרופוסיו של הקטין אלה נגלר נושא ת"ז מס' 331643197 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 ואפוטרופוסיו 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, משטרת ישראל, משרד הבטחון (מס' אישי ב.צ.ה.ל. / מספר שוטר _____)

לצ.ה.ל. ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל אדם המשרת ב.צ.ה.ל. ו/או בכוחות הבטחון של מדינת ישראל לרבות משטרת 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 הנוגע במישרין או בעקיפין למצבו הרפואי ולמצבו הבריאותי של התובע, בעבר, בהווה ובעתיד ולכל מחלה שחלה ו/או שהוא חולה בה וכל פציעה שנפצע בעבר והנזקים הגופניים והנפשיים שסבלתי ו/או שאני סובל מהם ו/או בקשר ובעל הנוגע לנכויות שלי הן הזמנית והן הצמיתית 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 ושקבל 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 כלפיכם וכלפי כל גוף או מוסד המוסר חומר בהתאם לכתב ויתור זה. בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

שם פרטי אלה שם משפחה נגלר שם האב נחשון
קופת חולים כללית המרפאה נ"ר ד"ר . שם קופת חולים עד גיל 18 .
מרפאות ורופאים מקצועיים .
בתי חולים ומרפאות חוץ .
שמות רופאים מטפלים בעבר .
שמות רופאים ומטפלים כיום .

25/12/25

תאריך

חתימת האב

חתימת האב

אישור חתימה

אני הח"מ אריאל פרייברג, עו"ד מרמת גן, מאשר כי ביום 25.12.25 התייצבו כרמית נגלר נושאת ת"ז מס' 003756923 ו- נחשון נגלר נושא ת"ז מס' 31889819 וחתימו על מסמך זה בפני.

אריאל פרייברג
מ.ר. 62254

יפוי כח

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