

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
סלמן	אילנה	323557561	גל
<u>ת.ד. חוק</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>טלפון</u>
רחוב	14	ירושלים	052-5681122
		<u>מיקוד</u>	
		6514216	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסייעדי למסור ל- המבוקשים (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבראותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסייעדי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסייעדי ומתיר להם בזאת מתן כל 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 אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, 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 קופת-החולים ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

או על המידע המפורט להלן:

חלק ב'

שם קופ"ת: סלמן סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ת קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 26/1/26 עד לחתימה ומס' ת.ז. 22628402 חתימה: X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: פר"מ רבקה מלצר סת' זין לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

<u>תאריך</u>	<u>שם פרטי ושם משפחה</u>	<u>חתימה</u>
26/1/26	אילנה סלמן	<u>חתימה</u>

אני מצהיר כי הידע הנ"ל נכון ונכון

דורון עצמון, עו"ד
DORON ATZMON, Adv.
L.N. 18102
רח' אלנבי 22, תל-אביב
22 ALLENBY STR. TEL-AVIV

23628402