

כתב ויתור על סודיות - נפגע שנפטר

חלק א'

אני החתום מטה:

שם משפחה יפרח שם פרטי אורן מס' זהות 322526013

שם האב אלי יפרח, ת"ז 058355629

שם האם: נורית לשם דואק, ת"ז 022912190

רחוב הרא"ה מספר 263 עיר רמת גן מיקוד

טלפון דואר אלקטרוני

יורשו החוקי¹ של:

שם משפחה יפרח שם פרטי אורן מס' זהות 322526013

שם האב אלי יפרח

(להלן - המנוח)

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי או מוסד רפואי, לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן או מי מטעמן, או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי (על כל מחלקותיו, לרבות מחלקת גבייה מלא שכירים ומחלקת רציפות בעבודה) או למשרד הבריאות או לחברות הביטוח או מבטחים או מבטחים החדשה או קרן מקפת או מקפת החדשה, או לכל עובד בתחום הסיעודי העובד במוסד רפואי או במוסד לביטוח לאומי, וכן משרד הביטחון על מחלקותיו ושלוחותיו או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות או הלשכה לפניות ותלונות במשרד הביטחון למסור למהרן פרונזנפר או גם לחלי פרונזנפר או גם למתן פרונזנפר ("הנתבעים") (נא למלא את שם הנתבע) או למי מטעמו או לבא מכוחו או למי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמו לאיסוף מידע (להלן - המבקשים), את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שפורטו לעיל, בלא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים, על מצב בריאותו או מצבו בתחום הסיעודי או השיקומי או מצבו הפסיכיאטרי של המנוח, ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה או כל מחלה שחלה בה, והכול לעניין תביעתי כנגד הנתבעים בשל אירועים מיום או בחודש/ חודשים

אני משחרר בזה את כל המוסדות, לרבות קופת החולים או כל רופא מרופאיהם או כל עובד מעובדיהם או כל מוסד ממוסדותיהם, כולל בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, או קרנות הפנסיה או מבטחים או מקפת, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי או השיקומי או הסיעודי או הפסיכיאטרי של

¹ יש לצרף צו ירושה / צו קיום צוואה / צו בית משפט (מקורי או העתק נאמן למקור)

המנוח ומתיר להם בזה מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו אצל
נותני השירותים שפורטו לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע
על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח ומשלם לי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי אל כל המוסדות,
לרבות קופות החולים או למי מרופאיהם או עובדיהם או מי מטעמם או
נותני השירותים שלהם, 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 קופות החולים או רופאיהם או עובדיהם או מי מטעמם או נותני
השירותים שפורטו לעיל.

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

או על המידע המפורט להלן:

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבון המנוח ובאי כוחי החוקיים וכן מי
שיבוא במקומי.

חלק ב'

שם קופת החולים של המנוח סניף

שם קופת החולים הקודמת

יפוי כוח:

אני מייפה את כוחו של עו"ד מישל ראש (משרד גרוס, קולן ברנר ושות'
עורכי דין) או נציג חברת לקבל את המידע הרפואי כמפורט לעיל.

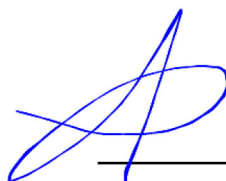
ולראיה באנו על החתום:

שם היורש האב: אלי יפרח

מס' זהות: 058355629 חתימה

האם: נורית לשם דואק

מס' זהות 022912190 חתימה



י. א. א. א.

מאמת החתימה (רופא או עורך דין)

אני מאשר כי ביום לחודש שנת בא מולי יורשו החוקי
של המנוח אשר פרטיו מצוינים לעיל וחתם על כתב ויתור סודיות רפואית
זה.

תפקיד שם משפחה שם פרטי

עו"ד אריאל פרייברג

מס' זהות כתובת
אבא הלל 7, רמת גן מ"ר 62254

מס' רישיון תאריך
12/2/26 62254

חתימה וחתימה

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254