

כתב ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין, נפטר או חסוי, יירשמו פרטיו).

דוד	003336104	זהבה	רייך
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
	באר שבע	35	השלו
מיקוד	עיר	מספר	רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש (לרבות מרכזי בריאות "גהה" ו"שער מנשה") לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או למשרד הבריאות ו/או לשכות הרווחה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות פנסיה (לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ, ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ), למסור ל- **משרד עורכי דין זמר ברימר ושות'** ו/או מי מטעמם (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידיהם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור, ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על התשלומים ששולמו לי ומשולמים לי, וכן על תשלומים ששולמו לי או משולמים לי מכל מוסד אחר.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כקשר 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 חולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או הרופאים המכונים והמעבדות שמפורטים בחלק ב' להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח:	כללית.	סניף:	השלו, שכונת גימל באר שבע	מס' חבר:
רופאים:	1. דר' הלנה	2.		
	3.	4.		
מכונים, מעבדות:	1.	2.		
	3.	4.		

מספר אישי בצה"ל: _____ קופ"ח קודמת: _____ מרפאה קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם: _____ ת.ז.: _____ שם האב: _____ ת.ז.: _____
במקרה של נפטר: שם היורשים: _____ ת.ז.: _____ שם האב: _____ ת.ז.: _____;
שם: _____ ת.ז.: _____ שם האב: _____ ת.ז.: _____
במקרה של חסוי: שם האפוטרופוס: _____ ת.ז.: _____ שם האב: _____ ת.ז.: _____

להחיה ר"ן
חתימה

ע"ד ענת ברנשטיין-רייך
ס.ר. 16335
מאגרי המידע רשת נג
טל. 052-5541101
חתימת עו"ד + חותמת

ע"ד ענת ברנשטיין-רייך
ס.ר. 16335
מאגרי המידע רשת נג
טל. 052-5541101
שם עו"ד + מ.ר.

31/3/2026
תאריך

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
(במקרה של נפטר - חתימת היורשים)
(במקרה של חסוי - חתימת האפוטרופוס)

אישור ואימות חתימה ע"י ע"ד