

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם המבוקש</u> <u>ד"ר אביאל</u>	<u>שם פרטי</u> <u>אביאל</u>	<u>תעודת זהות</u> <u>217000983</u>	<u>שם האב</u> <u>ד"ר 43</u>
<u>רחוב</u> <u>אברהם</u>	<u>מס'</u> <u>69</u>	<u>עיר</u> <u>קרית-א-תר</u>	<u>טלפון</u> <u>0526726764</u>

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיתם ואו כל עובד מעבודתם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מתחבט שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הטיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלמים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תחא 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 תגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 ותוא 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:

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מסנים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.7.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. פרדס, ע"ד 2254 מ.ד. חתימה: X _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוח כח

הריני מייפח את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

<u>תאריך</u> <u>01.07.26</u>	<u>שם פרטי ושם משפחה</u> <u>אביאל קרית</u>	<u>חתימה</u>
---------------------------------	---	------------------