

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה :

שם משפחה	ישי	רחל	051824696	שם האב
שם פרטי	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
אוס'שקין	103	רמת השרון	4720435	טלפון
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לחברות הביטוח ו/או מבטחים ו/או מבטחים החדשה ו/או קרן מקפת ו/או מקפת החדשה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או בתי החולים הכלליים הממשלתיים, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או ו/או למשרד עו"ד צבי יעקובוביץ ו/או מי מטעמו ו/או הבא מכוחו ו/או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמו או מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות, לרבות קופת החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי-חולים כלליים ו/או בתי חולים ממשלתיים ו/או יועצים גנטיים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או קרנות הפנסיה ו/או מבטחים ו/או מקפת ו/או משרד החינוך ו/או שירות בתי הסוהר, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים 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 קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים 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 ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

חלק ב'

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

שם קופ"ח קודמת:

ולהלן באתי על החתום:


חתימה

רחל ישי

09.08.2026

שם פרטי ושם משפחה

תאריך

יפוי כח:

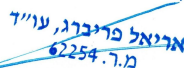
הריני מייפה את כוחו של עו"ד יעקובוביץ ו/או נציג ערן מור ו/או רפואן ו/או צ.ר ו/או תיקל לקבל את המידע הרפואי כמפורט לעיל.

חתימה

שם פרטי ושם משפחה

תאריך

מאמת החתימה:


אריאל פרידמאן, עו"ד
מ.ר. 62254

09.08.2026

חתימה

שם העד לחתימה + ת"ז / חותמת עו"ד

תאריך