

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN
Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

21.7.21

לכבוד

ועדה רפואית לעררים

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת נכות כללית

באמצעות פקס: 03-6250324

א.ג.נ.,

מ.ל.ב.
- בפקס -

הנדון: ערר על החלטת ועדה רפואית
בעניין אשלי כהן, ת.ז. 313433773

מוגש בזאת ערר על החלטת הועדה הרפואית מדרג I, ואלו נימוקיו:

1. עניינו של ערר זה הינו בחורה צעירה, כבת 25, אשר אך בשל המצב הרפואי ממנו היא סובלת אינה מסוגלת היא לעבודה ומתקשה בתפקוד היומיומי.

2. בתחום האורתופדי טעתה הוועדה הנכבדה בכך שלא התייחסה לכאבים ולהגבלה בתנועות הצוואר והגב מהם היא סובלת, פגימות אלה מקשות על תפקודה ויש בהן כדי להקנות לה נכויות.

3. בתחום הפסיכיאטרי טעתה הוועדה הנכבדה בכך שלא נתנה משקל מספיק לפגיעה המשמעותית בתפקוד אשר באה לידי ביטוי בתיעוד הרפואי אשר ניתן במסגרת המעקב הרפואי בקהילה.

4. הפסיכיאטרית המטפלת, ד"ר לנה בר אוריין, בשל חומרת מצבה וההתרשמות הקלינית, אף העלתה את האופציה של אשפוז פסיכיאטרי מלא. אופציה אשר אינה מועלית בנקל, אלא, במקרים דוגמת המקרה דנן בהם ישנם תסמינים קליניים אשר מבטאים, בין היתר, קושי משמעותי מאוד בתפקוד.

5. נכון למועד כתיבת שורות אלה מצויה מרשתי באשפוז יום, אין צורך להכביר במילים בדבר המשמעויות של הדבר, אשר כשלעצמו מעיד בצורה העוצמתית ביותר על הקושי הניכר, קושי אשר בציודו יש לקבוע נכות גבוהה באופן משמעותי מזו שנפסקה.

6. בתחום הראומטולוגי/רפואת כאב, תסמונת הפיברומיאלגיה ממנה סובלת מרשתי באה לידי ביטוי במלוא עוזה, היא סובלת מכאבים עזים מפושטים בכל גופה, מתשישות ועייפות, ממעי רגיז וכל אלה, באים בנוסף, וללא כל קשר למגבלותיה האחרות אשר כשלעצמן משמעותיות מאוד ומגבילות את כושרה בצורה ניכרת.

7. מכאוביה כה קשים עד שהיא נאלצת ליטול קנאביס רפואי אשר מקל במעט על מכאוביה, אך, גם לכך יש "מחיר" תפקודי וצריך היה להתייחס לכך במסגרת הנכות ולהעמידה בשיעור גבוה יותר.

8. צירופן של מספר פגימות שכל אחת מהן קשה (ומזכה) כשלעצמה מביאות לתוצאה סינרגטית איומה.

9. הועדה הנכבדה לא נתנה משקל הולם למצבה נפשי ולמחלת הפיברומיאלגיה אשר כל אחת מהן כאמור משפיעה השפעה קשה ומהווה הגבלה ניכרת על תפקודה וכושרה.

10. בנסיבות המפורטות לעיל, בשים לב למצבה הקשה ולפגימות מהן היא סובלת מתבקשת הוועדה הנכבדה לפסוק למרשתי נכויות משמעותיות בתחומים הרלוונטיים ולקבוע את נכותה כך שתהיה הלימה בין חומרת מצבה ואי כושרה לעבודה לבין הנכויות אשר אמורות לבטא את הקושי המשמעותי בתפקוד ואת פגימותיה

11. לאור האמור לעיל ועל מנת לעמוד במועדים מוגש ערעור זה במתכונתו הנוכחית. מרשתי שומרת על זכותו להעלות טיעונים נוספים ו/או לצרף מסמכים נוספים במועד הדיון בוועדה הרפואית הנכבדה.

12. אבקשכם להודיעני מועד לדיון בערר.

אריאל פרייברג, עו"ד



סיכום ביקור

פרטי המטופל					כהן אשלי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ג	21/11/1995	רביב
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
ירושלים	13 / 2	53	7020069	53	7020069
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
בית ים	ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון

שלום רב,

תאריך הביקור: 24/02/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: לצורך אדמיניסטרטיבי

אבחנות פסיכיאטריות פעילות		
קוד	אפיין	אבחנה
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS
7291		FIBROMYALGIA

אבחנות בביקור		
ת.גילוי	אפיין	אבחנה
F32		DEPRESSIVE EPISODE

סיכום ודיון:

בת 25, ברקע מורכבות משפחתית וטראומות מרובות, ללא טיפול פסיכיאטרי או פסיכולוגי עד כה. לפני שנתיים עברה תאונת דרכים ובעקבותיה אבחנה עם פיברומיאלגיה. מתארת מאז התאונה ובעיקר בשנה האחרונה מצ"ר ירוד, מחשבות של חוסר ערך, שהיא עול על אחרים, בשל קשיי התפקוד מהם סובלת. כמו כן יש קשיי שינה, תיאבון ירוד, שיכחה של חלקים ושל אירועים מעברה. שוללת התנסויות עם סמים בעברה, מאז התאונה יש התנסויות עם מינים שונים של קנביס רפואי. טרם קיבלה רישיון. שוללת שימוש לרעה באלכוהול, מתארת תקופה של שתיית אלכוהול בעקבות התאונה כסיוע בשינה, הפסיקה לשתות לאחר שהחלה לקבל טיפול. שוללת אפיזודות אפקטיביות מג'וריות או אפיזודות פסיכוטיות בעברה. בבדיקה תמונה דכאונית עם חלקים פוסט טראומטיים ואישיותיים, ללא רכיב פסיכוטי וללא אובדנות אקטיבית כעת. ללא קונטרה אינדיקציה מג'ורית לטיפול בקנביס רפואי לכאב כרוני.

לנה בר אוריין
פסיכיאטריה
129569
הצבי 9 תל אביב
03-5720808

תאריך ושעת ההדפסה: 13:31 04/04/2021

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ומונעת

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

סיכום ביקור מכון ריאומטולוגי

שם יחידה: מכון ריאומטולוגי	מנהל המרפאה: פרופ' אלקיים אורי מ.ר. 18628	אח/ות אחראית: מזל סלומון
טלפון: 036973243	פקס: 0747219813	דוא"ל: rhe-c@tlvmc.gov.il

שם משפחה: כהן	שם פרטי: אשלי	ת.ד.: 313433773
תאריך לידה: 21/11/1995	גיל: 25	טלפון: 053-7020069
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: רח ח כשלם 3 תל אביב-יפו 6767874

נתוני ביקור - תאריך: 04/04/2021 שעה: 13:11 מספר ביקור: 40025001

סיבת הפניה / ביקור

מעקב.

אבחנות בביקור

- Chronic Back Pain (338.29)
- Fibromyalgia (729.1)

בריאה בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

מעקב רפואי

פרטים

תאריך ושעה

04/04/2021 13:31
הנ"ל נמצאת במעקב בשל פיברומיאליגיה קשה ביותר, עם כאבים מפושטים, הפרעת שינה ניכרת, ותסמינים פונקציונאליים נוספים ובעיקר תסמינים קשים של מעי רגיש. כמו כן, פגיעה ניכרת במצב רוח.
בפרט, סובלת מכאבים מרשימים בגב תחתון וצוואר, השלימה בדיקת MRI של מפרקי SIJ ועמוד שדרה מותני, לא שום עדות לתהליך דלקתי או דיסקוגני. במפרקי ה SIJ ועמוד שדרה מותני.
לוקחת 75 mg ELATROL מג. נמצא במעקב פסיכיאטרי אך לא עושה טיפול פסיכותרפי.
מקבלת גם קנאביס רפואי.
ישנה יחסית טוב
אך סובלת מכאבים מל היום.
לא אושר הידרותרפיה!!!
בוכה, מאד מיואשת ממצבה, מחוסר התיחסות למצבה.
מתקשה מאד לעבוד ולהתמיד, מתקשה להתפרנס

בדיקה גופנית

נבדק: כן

בדיקת מפרקים

הערות:

הגבלה ניכרת ברוטציה של הצוואר
רגישות ניכרת במפרקי SIJ
שובר מוגבל
רגישות בכל נקודות פיברומיאליגיה

סיכום

מדובר בתמונה של פיברומיאליגיה קשה ביותר, עם כאבים מפושטים, הפרעת שינה ניכרת, ותסמינים פונקציונאליים נוספים ובעיקר

סודי רפואי

שם: אשלי כהן	ת"ז: 313433773	ביקור: 40025001	תאריך: 04/04/2021	מכון ראומטולוגי
--------------	----------------	-----------------	-------------------	-----------------

תסמינים קשים של מעי רגיש. כמו כן, פגיעה ניכרת במצב רוח, עם מצב דיכאוני חרדתי קשה. אינה מסוגלת לתפקד כלל, בגלל הפגיעה הפיזית והנפשית כאחד. לאור מצבה, ישנה פגיעה תפקודית ניכרת ובשלב זה, אינה מסוגלת כלל לתפקד ולעבוד לפרנסתה וזקוקה להכרה ועזרה מביטוח לאומי. כמו כן, לאור מורכבות המקרה ומגבלותיה התפקודיות, זקוקה לטיפול כוללי עם הידרותרפיה, פסיכותרפיה ופזיותרפיה במסגרת שיקום יום. אבקש לאשר לה טיפול שיקומי במסגרת שיקום כאב באיכילוב. קוד L0561/ בברכה

המלצות כלליות

המלצה: ממליצה טיפול במסגרת שיקום כאב באיכילוב. נא לתת טופס 17 לסידרת טיפול, קוד L0561 - זקוקה לטיפול בהידרותרפיה דרך קופת חולים מאחר וטיפול בפזיותרפיה לא עזר - חשוב מאד להקפיד על פעילות גופנית מתונה כגון הליכה, שחייה - מומלץ יוגה - המשך ELATROL 75 מג - המשך קנאביס רפואי - זקוקה למעקב פסיכיאטרי וטיפול פסיכותרפי ב CBT דרך קופת חולים - המשך מעקב ראומטולוגי

נחתם ע"י: דר' אלוש ואלרי מ.ר. 29537

חתימה:



סיכום ביקור

רביב	21/11/1995	ג	25.04	00-31343377-3	פרטי המטופל
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
53 - 7020069	53 - 7020069	13 / 2	מס בית	ירושלים	בת ים
טלפון נוסף	טלפון			רחוב	ישוב

שלום רב,

תאריך הביקור: 05/04/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

אבחנה	איפיון	קוד
BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS		L02
FIBROMYALGIA		7291

אבחנות בביקור

אבחנה	איפיון	תגלוי
DEPRESSIVE EPISODE		F32
EMOTIONALLY UNSTABLE PERSONALITY DISORDER BORDERLINE TYPE		F6031

סיכום ודין:

מעקב פסיכיאטרי:

מצבה ללא שיפור, כאבים כרוניים קשים, הנאה ירודה, מחשבות של ייאוש ושל חוסר עדיין מצ"ר ירוד, אתמול הייתה אצל ראומטולוגית ואובחנה עם פיברומיאלגיה קשה. הומלץ על שיקום במסגרת יום באיכילוב, הוגשה בקשה לטופס 17, טרם קיבלה תשובה. כמו כן הומלץ על הכרתה בבטל"א. מתארת מחשבות אובדניות כרוניות מתוך חוסר תקווה שמצבה הגופני אי פעם ישתנה, מחשבה שהיא עול על אחרים, שאין לה מקום משלה ושלעולם לא תוכל לעבוד ולכלכל את עצמה. שוללת כוונה או תכנית אובדנית "אני בחיים לא אעשה את זה לאנשים שאוהבים אותי". בבדיקתה תסמינים דכאוניים שאינם מגיעים כעת לעוצמה של MDD. באבחנה המבדלת partially treated depression, הפרעת הסתגלות. כמו כן רקע של פוסט טראומה מורכבת cPTSD כשבאבחנה המבדלת הפרעת אישיות גבולית. בנוסף אבחנה של פיברומיאלגיה, עם פגיעה משמעותית בתפקוד. מטופלת באלטרולט 75 מ"ג, קנביס רפואי, פיזיותרפיה.

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

05/04/2021

הודפס ע"י ד"ר לנה בר אוריין 00-31343377-3

כהן אשלי

תאריך 05/04/2021

מפאה: בריאות הנפש רמת חן מחוז: תל אביב

בשל המצוקה הרבה לצד קשיי התפקוד הוצע טיפול במסגרת אינטנסיבית יותר כמו
אשפוז מלא או אשפוז יום. אינה מעוניינת באשפוז מלא ואין עילה לכפייה. לגבי טיפול
יום, ממתינה לתשובה לגבי טופס 17 לאיכילוב.
אינה מעוניינת בתוספת תרופתית דוגמת סימבלטה בשלב זה.
תכנית:
- אני ממליצה על הכרתה בבטל"א עם מעל 40% נכות נפשית על מנת לאפשר הליכי
שיקום.
- במידה ולא תגיע לטיפול יום שיקומי, נשקול הפניה לטיפול יום פסיכיאטרי במוסדנו.
- ללא שינוי תרופתי בשלב זה.
- בכל החמרה בדגש על אובדנות יש לפנות לבדיקה פסיכיאטרית דחופה.

בברכה,

ד"ר לנה בר אוריין

129569

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחתימת הרופא

חתימה
מספר רשיון
תעודת
הרופא
מספר
מקום

דף 2

05/04/2021

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר לנה בר אוריין 00-31343377-3

סיכום ביקור

כהן אשלי

529689

מספר רשיון:

רשיון להחזקה ושימוש של סם מסוכן לפי סעיף 7 לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש) התשל"ג 1973

בתוקף סמכותי לפי סעיף 7 לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש) התשל"ג 1973 (להלן: "הפקודה"), ולפי תקנות הסמים המסוכנים התש"מ 1979 (להלן: "התקנות"), ניתן בזאת רשיון להחזקה ושימוש של סם מסוכן, כשמשמעות מונחים אלה בפקודה, ובהתאם למפורט להלן:

מבקש ההיתר ופרטיו:

שם משפחה:	כהן	שם פרטי:	אשלי	תעודת זהות:	313433773
רחוב:	ירושלים	מס' בית:	13	דירה:	2
מיקוד:		טלפון:	053-7020069	טלפון נייד:	

צורתו: תפרחת BLEND T3 C15 10 גרם תפרחת BLEND T10 C10 10 גרם תפרחת INDICA T20 C4 10 גרם

שם הסם המסוכן: קנביס (CANNABIS)

מטרת ההחזקה והשימוש: לצורך שימוש עצמי בלבד, בפיקוח רפואי, לצורך הקלה על מצבו הרפואי. המבקש הצהיר כי הסם המסוכן לא ישמש לכל מטרה שלא אושרה ברשיון.

המקום המיועד להחזקה או לשימוש: מענו של המבקש בכתובת המפורטת לעיל, ללא נוכחות של אדם אחר בעת השימוש וכן בכל מקום אחר שהותר במפורש על ידי המנהל, בין בהיתר פרטני ובין בהיתר כללי שפורסם באתר המשרד וכל עוד ההיתר שניתן או פורסם לא שונה או בוטל

אספקה: בית מרקחת מורשה למסירת קנביס

ניתן היתר למסירת הסם עבור המבקש לידי: רוזין טל 315879429

הגבלות ותנאים:

- רשיון זה זמני בלבד. רשיון זה ניתן לביטול, בין השאר, על פי החלטת המנהל, וזאת מבלי לגרוע מכל עילה אחרת שבדין לביטול הרשיון.
- רשיון זה הינו אישי ואינו ניתן להעברה בשום צורה שהיא.
- בעת השימוש בסם המסוכן חל איסור מוחלט על ביצוע פעולות הדורשות ריכוז לרבות נהיגה ו/או הפעלת ציוד מכני כבד.
- חל איסור מוחלט על שימוש בסם המסוכן בנוכחות קטינים.
- על המבקש להודיע למנהל על כל שינוי בכתובתו לצורך תיקון פרטי רשיון זה.
- המבקש ינקוט באמצעים למניעת אבדן וגניבה של הסם ויודיע למשטרה מיד על הגניבה, נסיון לגנוב או אבדן של סם מסוכן כאמור בתקנה 9
- על המבקש לא יחול פרק ה' לתקנות, למעט תקנה 24(ב) לפרק זה, שיחול בשינויים המחוייבים.
- רשיון זה אינו מהווה תחליף להתייעצות רפואית עם גורם רפואי מוסמך בכל הנוגע להשפעות השימוש בסם המסוכן, תופעות הלוואי שלו, הסיכונים הנובעים ממנו וכל היוצא באלה.
- השימוש יעשה בפיקוח ומעקב ד"ר עליזה הכימיאן אשר ידווח על פי דרישה למנהל על מצבו של המבקש.
- רשיון זה מבטל כל רשיון אחר שברשות המבקש ו/או על שמו.

תוקף הרשיון: מתאריך: 11/03/2021 עד לתאריך: 06/09/2021

עליזה הכימיאן

מנהל/ת לפי פקודת הסמים המסוכנים

Dr. Aliza Hakimian Pergamen, M.A., M.D.

ד"ר עליזה הכימיאן פרגמן
מנהלת בריאות מוסדות
ח.י. 116944

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, כ"א 373433777 מס', מרחוב _____, _____
ת.ז. מס' _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להחיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 20 לחודש 6 שנה 2021

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרינברג
מס' רשומות: 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה <u>כהן</u>	שם פרטי <u>אילן</u>	תעודת זהות <u>343433773</u>	שם האב _____
רחוב <u>רפ"ק</u>	מס' <u>3</u>	עיר <u>ת"א</u>	מיקוד _____
טלפון _____			

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 הסייעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסייעודי ואו השיקומי ואו כל מחלת שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משהיר 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 הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסייעודי 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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 20.6.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: [חתימה] X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפני כת
הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____	שם פרטי ושם משפחה _____	חתימה _____
----------------	----------------------------	----------------