



מדינת ישראל
משרד הבריאות

הנדון: טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה:

שם משפחה	זיוסמן	שם פרטי	ח'ר'י	מס' זהות	37306347
רחוב	זיכ' מל	מס	173	עיר	בני ברק
טלפון	מיקוד	4496500			

נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי 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 הבריאות ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למשרד הבריאות ולכל גורם החייב בהוצאותיי לרבות חברות הביטוח (להלן "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי 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 בזאת את כל המוסדות 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, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים ששילם לו המוסד לביטוח לאומי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע 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 רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם.

שם הרופא המטפל: _____

שם קופת חולים: _____ סניף _____

☒ אני מאשר את נכונות הנתונים

חתימה

תאריך: 9.7.21 *יש לחתום רק באם שולחים באופן לא מקוון

(במידה והחותם הוא אפוטרופוס – יש לצרף את צו האפוטרופוסות)

נחתם בנוכחות:

שם מלא	ד"ר מ. א. גינת	מס' זהות	066630930	מס' רשיון	62254
חתימה		חתימה		(של העד לחתימה)	

(עד החתימה שבנוכחותו נחתם הוס"ר יכול להיות רק אחד הגורמים הבאים: רופא, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג או מורשה חתימה בבנק; עד החתימה יצרף חותמת לחתימתו)