



תאריך	
מספר תיק	

משרד הביטחון – אגף שיקום נכים

הנדון: ויתור סודיות כללי

אני החתום מטה

פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
רחוב	מספר בית	ישוב
מיקוד	טלפון נייד	טלפון נוסף

הצהרה

אני חתום מטה 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 הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למשרד הביטחון ולכל גורם החייב בהוצאותי 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 מצבי הבריאותי 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 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 למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי 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 החולים	סניף
----------------	----------------	------

(במידה והחותם הוא אפטרופוס – יש לצרף את צו האפטרופוסות)

תאריך _____ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי ☐

חתימת הזכאי/ת (במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

משרד הביטחון - אגף שיקום נכים

דרך זאב ז'בוטינסקי 94, פתח-תקווה 4959251, טלפון: 03-7776777

WWW.SHIKUM.MOD.GOV.IL