



30 אוקטובר 2022

מספרנו: 251-7571022

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן

באמצעות דואר רשום

**מבלי לפגוע בזכויות ובטענות
לרבות טענת התיישנות**

הנדון: גב' ענת קירשנברג בן דוד ת.ז. 23941842

כנציגי שירותי בריאות כללית, הועבר לטיפולנו מכתבך שבנדון מיום 21.08.22.

על מנת שנוכל לבדוק טענות מרשתך, יש להחתימה על כתב ויתור סודיות רפואית המצ"ב. אנו מבקשים, כי בנוסף למילוי הפרטים בכתב הויתור, תודיענו פרטיהם של הרופאים ו/או המוסדות שטיפלו ו/או מטפלים במרשתך.

כמו כן, נבקשך להעביר אלינו העתקים מכל המסמכים הרפואיים הנוגעים לעניין המצויים ברשותך או ברשות מרשתך.

עם קבלת המבוקש מעלה, השלמת איסוף החומר ובדיקתו, נעביר מענה ביחס לדרישת מרשתך לפיצוי.

בכבוד רב ובברכה,

שימרת ספקר-ישראל, עו"ד
מח' תביעות

1. מדיקל קונסלטנט אינטרנשיונל (אם.סי.אי.) בע"מ
 עו"ד אילנה מושכל ו/או עו"ד אורטל ירמיהו אלון ו/או עו"ד ענבל איתן ו/או עו"ד אורית
 זיו ו/או עו"ד אזה דניאל ו/או עו"ד עמית סטרשנוב ו/או עו"ד מיכל קרן ו/או עו"ד
 ליאור דוקלר רייף ו/או עו"ד רעות קליין ו/או עו"ד אורית אייזנברג ו/או עו"ד רונית צור
 ו/או עו"ד כרמל שגב ו/או עו"ד ליטל פנחס ו/או עו"ד אסתי לחאם ו/או עו"ד סיגל בינשטוק
 ברששת ו/או עו"ד עדי ארגמן ו/או עו"ד מיכל רונה כהן ו/או עו"ד שימרת ספקרו ישראל
 (להלן: המבקש)

2.

כתב ויתור על סודיות

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של
 המוסד לביטוח לאומי ו/או צבא הגנה לישראל ו/או משרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום
 הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למבקש את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרוש המבקש
 על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או מחלה
 שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר/ת בזה אתכם או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד
 ממוסדותיכם, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי
 מוסדותיכם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי
 ו/או הסיעודי ומתיר/ה לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי לרבות במוסד לביטוח
 לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו
 בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

_____	_____	_____
חתימה	תאריך	שם פרטי ומשפחה

פרטי המוותר:

כתובת _____
 מסי ת.ז. _____
 תאריך לידה _____
 שם הקופה והסניף _____
 שם הרופא המטפל _____
 מסי אישי בצה"ל _____

_____	_____	_____
חתימה	תאריך	שם העד לחתימה: