

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | שם האב |
|----------|---------|------------|--------|
| רחוב | מספר | עיר מיקוד | טלפון |

נותן בזה רשות מרפאות בריאות הנפש יפּו- ת"א לשלישות הראשית בר"ג – צה"ל ולכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי שמטעמו 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 הסייעדי למסור לחברת הפול ו/או למי שמציג כתב הרשאה מטעמה לאיסוף מידע להלן: "המבקשים" את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעדי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעדי 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.

הננו מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת חולים 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 קופת חולים ו/או רופאיהם או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

- אני הח"מ מתיר לכל חברות הביטוח ולהפניקס חברה לביטוח ולמנורה חברה לביטוח בע"מ ולמגדל חברה לביטוח בע"מ ולאליהו חברה לביטוח בע"מ ולמנורה חברה לביטוח ו/או להכשרת היישוב חברה לביטוח בע"מ ולביטוח חקלאי חברה לביטוח בע"מ ולביטוח ישיר חברה לביטוח בע"מ ולאילון חברה לביטוח ולכלל חברה לביטוח ולאריה חברה לביטוח בע"מ ולאורט חברה לביטוח בע"מ ולסתר חברה לביטוח ול- AIG חברה לביטוח ו/או לשירביט חברה לביטוח ו/או לשומרה חברה לביטוח ו/או לציון חברה לביטוח ו/או להדר חברה לביטוח ו/או זולב חברה לביטוח ולקרנית למסור מידע אודות תאונות דרכים לרבות נזקי גוף שנגרמו לי אם אירעו נגרמו בעבר.

חלק ב'

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

רופאים: _____ 1. _____ 2. _____

מכונים, מעבדות: _____ 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 _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה _____ (חתימת האפוטרופוס) _____

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג לקבל את המידע המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____