

וויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם מלא: _____ ת.ז.: _____ שם האב: _____

כתובת: _____ טלפון: _____ טלפון נוסף: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או משרד הבריאות ו/או לשכת הבריאות המחוזית ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי למסור לנציג אי.די.איי חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם לרבות "תיקל איסוף מסמכים בע"מ" ו/או "ערן מור שירותי איסוף מידע" ו/או "צ.ר. איסוף רפואי בע"מ", את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מתיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורט להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל וועדות רפואיות וכן מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. ההרשאה מתייחסת גם למידע שנמסר למוסד לביטוח לאומי על ידי צד שלישי.

הנני מוותר לכל חברת ביטוח למסור מידע אודות כל תאונה שאירעה לי לרבות מקי גוף שנגרמו לי וכן את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצבי הבריאות וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה. הריני מאשר לכל מוסד ו/או מרפאה ו/או כל רופא שטיפל בי בתחום הנפש לרבות פסיכולוגים ו/או פסיכיאטרים להעביר למבקשות את כל הפרטים ו/או המסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי הנפשי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה לרבות פרטים על טיפול תרופתי שהומלץ לי ו/או שקיבלתי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או מי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן 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 קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.

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

הריני מייפה את כוחו של נציג המבקשות ו/או מי מטעמם לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

קופ"ח וסניף: _____ קופ"ח קודמת: _____ מס. אישי בצה"ל: _____

שמות הרופאים: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

במקרה של קטין:

שם האם: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

עד לחתימה

חתימה

שם מלא

תאריך