

חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

יש לחתום על הטופס המצ"ב בהתאם להנחיות ולרבות חתימה וחתימת עד.
אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת:	רח' ישוב ת.ד.	מיקוד
		טלפון

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 חברות לביטוח וקרנות הפנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי 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 מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, וכן מכונים פרטיים (הדמיה, גנטיקה, פתולוגיה ו/או כל מכון אחר) ובתי חולים פרטיים וכן חברות ביטוח וכל גורם אחר אליו אפנה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

הריני מאשר למנורה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי מטעמי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

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 רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את ירשתי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
-------	----------	------------	-------

שם קופ"ח שם קופ"ח קודמת

פרטי העד לחתימה (רופא, עו"ד, אחות, פסיכולוג, עובד סוציאלי)

לתשומת ליבך, יש מוסדות שאינם מאפשרים קבלת תיקים רפואיים ללא חתימת עד רופא / עו"ד, ולכן על מנת לחסוך זמן מומלץ להחתים רופא או עו"ד כעד על טופס זה.

תאריך	שם מלא של העד ותפקידו	תעודת זהות	מס' רישיון	חתימה וחתימת
-------	-----------------------	------------	------------	--------------

במקרה של קטין/חוסה – חתימת אפוטרופוס (במקרה של חוסה, יש לצרף כתב מינוי אפוטרופוס)

שם האב	מס' זהות	תאריך	חתימה
שם האם	מס' זהות	תאריך	חתימה

במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי החוק יש לצרף כתב מינוי אפוטרופוס

שם מלא	מס' זהות	תאריך	חתימה
--------	----------	-------	-------