

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

*אוריאל*

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
_____	1234567	ישראל	ישראל
מיקוד	עיר	מספר	רחוב
_____	_____	_____	_____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהם 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 ל- חברת פורום חסאי (להלן: "המבקשים") 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 הפסיכיאטרי 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 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 וכן מכוני פרטיים (ההדמיה, גנטיקה, פתולוגיה, ואו כל מקום אחר) ובתי חולים פרטיים וכן חברות ביטוח וכל גורם אחר אליו אפנה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי 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 אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כקשר 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 חולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

חלק ב'

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

שמות נותני השירותים:

רופאים: \_\_\_\_\_ .1 \_\_\_\_\_ .2

מכוני, מעבדות: \_\_\_\_\_ .1 \_\_\_\_\_ .2

במקרה של עזבון:

שם היורש \_\_\_\_\_ .1. ת.ז. \_\_\_\_\_  
 שם היורש \_\_\_\_\_ .2. ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_  
 עד לחתימה \_\_\_\_\_  
 (שם + ת.ז.)  
 חתימת העד \_\_\_\_\_  
 חתימת \_\_\_\_\_ .1. ת.ז. \_\_\_\_\_  
 חתימת \_\_\_\_\_ .2. ת.ז. \_\_\_\_\_

ייפוי כוח

הרינו מייפיים את כוחו של: חברת פורום חסאי לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_  
 חתימת \_\_\_\_\_ .1. ת.ז. \_\_\_\_\_  
 חתימת \_\_\_\_\_ .2. ת.ז. \_\_\_\_\_