

## טופס בקשה מידע רפואי ויתור על סודות

### חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטן יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
1234567	100-1234567	וילנשטיין	וילנשטיין
מיקוד	עיר	מספר	רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופות החוליםים, רפואיים, עובדיים ואו מי מטעם ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הביטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסוציאדי למסור - טלפון 052-1234567 (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצוים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצאה מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מוצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מוצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו הפסיכיאטרי ואו הגנטי ואו כל מחלה שחילתי בה בעבר או שאני חולה בה בעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החוליםים ואו כל רפואיים מרופאיםיהם ואו כל עובד מעובדיים ואו כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתיהם כללים ואו פסיכיאטרים ואו שיקומיים וככל סניף מסניפי מוסדותיהם וכן מכוונים רפואיים (ההדרמה, גנטיקה, פתולוגיה, ואו כל מקום אחר) ובתי חולים רפואיים וכן חברות ביטוח וכל גורם אחר אליו אפנה, מחוות שמייה על מידע מכל תיק שנותה עלשמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוחלאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלים לי.

הנני מוותר על סודות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החוליםים ואו למי מרופאיםיהם ואו עובדייהם ואו מי מטעם ואו נותני השירותים שלhalbן, כל טענה או תביעה מסווג כלהו כקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זויפה גם לפי חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א - 1981 והוא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצויב במאהר המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החוליםים ואו רפואיים ואו עובדיים ואו מי מטעם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יכול כתוב ויתור סודות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

### חלק ב'

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

שמות נותני השירותים:

רופאים:	1. _____ .2. _____
מכוניים, מעבדות:	1. _____ .2. _____

במקרה של עזבונו:

ת.ז.	שם היורש	ת.ז.	שם היורש
------	----------	------	----------

<input checked="" type="checkbox"/> חתימתה	<input checked="" type="checkbox"/> חתימתה	<input checked="" type="checkbox"/> חתימתה העד	<input checked="" type="checkbox"/> עד לחתימה (שם + ת.ז.)
ה יורש	ה יורש	ה יורש	תאריך

### ייפוי כוח

הרינו מיפויים את כוחו של: טלפון 052-1234567 לקבלת את המידע הרפואי המפורט לעיל.

<input checked="" type="checkbox"/> חתימתה	<input checked="" type="checkbox"/> חתימתה	<input checked="" type="checkbox"/> חתימתה	<input checked="" type="checkbox"/> תאריך
ה יורש	ה יורш	ה יורש	תאריך