



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

פרטי המבוטח			
שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	שם האב	
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים, מרפאות פסיכיאטריות, רופאים, עובדיהן, ו/או מי מטעמן 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 מחלקות רווחה ו/או הסיעודי ו/או למבטחים ו/או לקרן מקפת ו/או לקג"מ ו/או לכל חברות הבטוח ו/או לקרנית למסור ל**סקורייטס חברה לביטוח בע"מ** ו/או בא כוחה ו/או מי מטעמה (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 הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים 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 הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורט 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 בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשת 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 שיפורטו להלן.

במקרה של קטין

שם האם	מספר זהות	שם האב	מספר זהות

ולראיה באתי על החתום

שם פרטי ומשפחה	תאריך	חתימה	במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס

אישור

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני עו"ד _____ במשרדי ברח' _____

מר _____ שזיהה עצמו ע"י תעודת זהו מס' _____ המוכר לי באופן אישי ואחרי שהסברתי לו מהות כתב ויתור על סודיות זה, אישר בפני כי הבין תוכנו וחתם עליו בפני.

תאריך _____ חתימת עו"ד + חותמת _____

קופת חולים

שם הקופה _____ סניף _____ מספר אישי בצה"ל _____

שמות הרופאים המטפלים (משפחה ומקצועיים) _____

קופ"ח - סניפים קודמים: _____

שם הקופה	שם הסניף	מספר חבר	שמות רופאים מטפלים ומומחיותם