

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.



א פרטי מבוסח

שם המבוסח		מס' ת. זהות		שם המבוסח	
החוב		מספר	עיר		

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכן מור ו/או המכן הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה..... (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות ל. 17. ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפוליס" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסויפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

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

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 5773. והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאייהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

ב פרטים נוספים

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המבוסח
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

ג שמות רופאים, מכונים ומעבדות

רופאים	מכונים / מעבדות
1.....	1.....
2.....	2.....
3.....	3.....
4.....	4.....

ד חתימת המבוסח/אפטרופוס

שם פרטי+שם משפחה* תאריך

חתימת המבוסח/כל האפטרופוסים* 

*במקרה של קטין/חסוי יציין את שמם ויחתמו על המסמך כל האפטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרפו.

ה במקרה של חסוי (אפטרופוס)

בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:

שם האם/אפטרופוס ת.ז.

שם האב/אפטרופוס ת.ז.

ו חתימת עד מהימן**

שם עד מהימן לחתימה** + חותמת עם מס' רישון

עד לחתימה ומס' ת.ז.

תאריך

**עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח

