

## כתב ויתור על סודיות רפואית

### חלק א'

אני החתום מטה : ( במקרה של קטין ירשמו פרטיו )

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	שם האב	מ.א. בצה"ל
_____	_____	_____	_____	_____
רחוב	מספר	עיר	טלפון	

נותן בזה רשות לכל רופא ו/או עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולמשרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צבא ההגנה לישראל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות, המרכז לבריאות הנפש וכן לקופת חולים, בית חולים, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, השירות הפסיכולוגי ושירות התעסוקה ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד ו/או אדם אחר כלשהו (להלן: "נותני השירותים"), למסור ל: **עו"ד רוני אייל ואו** את כל המידע ללא יוצא מהכלל, בין בכתב ובין בעל-פה, ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי – הן מהבחינה הפיזית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות רפואיות, והן מהבחינה הנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות פסיכיאטריות – ו/או מצבי הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת. הנני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות חולים 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 הסיעודי 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 ו/או משלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיינה לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או מעובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירות שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה. 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 והאנשים המנויים על נותני השירותים שפורטו לעיל.

### חלק ב'

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

קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_ סניף קודם: \_\_\_\_\_

### **שמות נותני השירותים :**

רופאים : 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

מכונים / מעבדות : 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### **במקרה של קטין:**

שם האם: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת המוותר

תאריך

### **עד לחתימה:**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### **ייפוי כח:**

הריני מייפה את כוחו/ה של \_\_\_\_\_ לקבל את המידע המפורט לעיל.

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_