

כתב ויתור על סודיות רפואית*

מילוי הטופס נדרש לצורך בירור קבילות בנושאים רפואיים ובריאות הנפש.
ללא מילוי טופס זה לא יהיה ניתן לטפל בקבילה בנושאים אלו.

			אני הח"מ
מספר אישי	מספר זהות	שם פרטי ומשפחה	

נותן בזה רשות לכל רופא ו/או עובד רפואי ו/או מוסד רפואי 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 ואדם אחר כלשהו (להלן: "נותני השירותים"), **למסור לנציב קבילות החיילים ו/או למי מטעמו** (להלן: "המבקש") 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 פסיכולוגיות ו/או 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 ו/או בהתפתחויות שיחולו במצבי הרפואי בעתיד, והנני משחרר אתכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או פגיעתי ו/או מחלתי הנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה.

כן הנני מתיר בזאת למבקש להגיש בשמי בקשת עיון ולעיין במידע אודותיי המצוי במאגר המידע שבעלותכם ו/או בחזקתכם ובכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים הנ"ל לרבות המוסד לביטוח לאומי.

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.

חתימת החייל

תאריך

		שם העד לחתימה
מספר זהות או מספר אישי	שם פרטי ומשפחה	

חתימת העד

הנני מאשר בזאת, כי

שם המוותר על הסודיות

על כתב ויתור סודיות זה.

חתימת העד

תאריך