

טופס בקשה לחזרה לרשת שיתוף מידע רפואי לאומי

עד גיל 18

הצהרת המבקשים

אני _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס. ת.ז. _____
 מיין: ז / נ / ת. לידה: _____ כתובת: _____

אני _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס. ת.ז. _____
 מיין: ז / נ / ת. לידה: _____ כתובת: _____

ההורים של:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס. ת.ז. _____
 מיין: ז / נ / ת. לידה: _____ כתובת: _____

המבוטח/ת בקופת חולים _____ מצהירים בזה כי:

1. ידוע לי כי רשת שיתוף מידע רפואי לאומי מאפשרת הצגת מידע רפואי לגורם מטפל בבתי החולים ברחבי הארץ מתוך התיק הרפואי של בני/ביתי השמור במערכות המידע של המוסדות בהם טופלה – בתי החולים האחרים וקופת חולים.
2. אני מבינה/ה כי מטרת העברת המידע ברשת היא לצורך שיפור איכות הטיפול הרפואי שיינתן לבני/ביתי, כאשר הגורם המטפל בו/בה יוכל לדעת על עברו/ה הרפואי, תרופות שהוא/היא נוטל/ת, פרוצדורות שעבר/ה, תוצאות בדיקות וכדומה, למעט מידע רגיש אשר הוגדר כמידע חסוי אשר לא יועבר ברשת.
3. למרות שבעבר ביקשתי להוציא את בני/ביתי מהרשת, אני מבקשת/ת עתה לצרפו/ה חזרה, ולאפשר לגורם רפואי שיטפל בו/בה, צפייה במידע מתוך התיק הרפואי שלו/ה במוסדות הבריאות האחרים.
4. עם כניסתו/ה מחדש יועבר לרשת כלל המידע הקיים במערכת הממוחשבת בכל מוסד, לרבות מידע אשר תועד במהלך התקופה שבה ביקשתי להוציא/ה מהרשת.
5. הכנסת בני/ביתי לרשת מחדש תתבצע בתוך 30 יום מיום הגשת הבקשה לקופת החולים.

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

טלפון לביירוים (לא חובה): _____

כתובת מייל לביירוים (לא חובה): _____@_____

אימות חתימה

אני הח"מ _____ תפקיד _____

סניף _____ מחוז _____

מאשר/ת כי _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס. ת.ז. _____

וכי _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס. ת.ז. _____

ההורים של:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס. ת.ז. _____

הופיעו והזדהו בפני באמצעות תעודה מזהה, וחתמו בנוכחותי על טופס זה.

חתימה: _____ חותמת: _____ תאריך: _____