

טופס בקשה ליציאה מרשת שיתוף מידע רפואי לאומי (OPT OUT)

עד גיל 18

הצהרת המבקשים

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

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

ההורים של:

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

המבוטח/ת בקופת חולים _____ מצהירים בזה כי: 1. קראתי את דף המידע והבנתי כי:

- א. רשת שיתוף מידע רפואי לאומי מאפשרת הצגת מידע רפואי לגורם מטפל בבתי חולים ברחבי הארץ מתוך התיק הרפואי של בני/ביתי השמור במערכות המידע של המוסדות בהם טופלה – בתי החולים האחרים וקופת חולים.
 - ב. במערכת שיתוף המידע הותקנו מערכות להגנה על פרטיות המידע, והמערכת עוקבת אחרי כל צפייה בתיק הרפואי של בני/ביתי ומתעדת אותה.
 - ג. משמעות הבקשה להוציא את בני/ביתי מהרשת היא, שהמידע הרפואי עליו/עליה (מבתי חולים וקופת חולים) הזמין באמצעות רשת שיתוף מידע, לא יהיה זמין למטפלים בו/בה, ויהיה על הגורם המטפל בו/בה לסמוך אך ורק על מידע אותו אמסור בקשר עם עברו/ה הרפואי, תרופות שהוא/היא נוטלת, רגישויות לתרופות וכדומה. במקרה בו לא אוכל למסור לגורם המטפל את המידע כמפורט לעיל – לא תהיה לגורם המטפל בבני/ביתי נגישות למידע רפואי עליו/ה מארגונים אחרים.
 2. אני מבינה/ה כי באחריותי האישית והמלאה להביא לידיעת הגורמים המטפלים את ההיסטוריה הרפואית הדרושה של בני/ביתי, כולל רגישויות, התרופות אותן הוא/היא נוטלת, פרוצדורות רפואיות שעברה/ה, תוצאות בדיקות וכיו"ב כלל המידע הרפואי.
 3. ידוע לי כי לאחר ביצוע בקשתי, הוצאת המידע אודות בני/ביתי מהרשת היא מלאה ולא ניתן לצאת באופן חלקי או להוציא חלק מהמידע בלבד. בכל מקרה לא תתאפשר צפייה בבית החולים במידע הקיים עליו/עליה בארגוני בריאות אחרים.
 4. ידוע לי כי למרות היציאה מהרשת, סיכום ביקור במיון או באשפוז של בני/ביתי ימשיך להישלח מבית החולים לקופת החולים המבטחת, כפי שנשלח עד כה, וזאת ללא קשר לרשת שיתוף מידע רפואי.
 5. למרות שאני מודעת/ת להשלכות האפשריות, אני מבקשת/ת להוציא את בני/ביתי מרשת שיתוף המידע.
 6. אם אהיה מעוניינת/ת לחזור בי אצטרך לחתום על טופס בקשה לכניסה מחדש בסניף קופת החולים.
 7. הוצאתו/ה של בני/ביתי מהרשת בפועל תתבצע בתוך 30 יום מיום הגשת הבקשה בסניף קופת החולים.
 8. במעבר של בני/ביתי בין קופות חולים יהיה עלי להגיש מחדש את הבקשה להוצאתו/ה מהרשת בקופת החולים אליה עברה/ה, וזאת לצורכי הניהול של הקופה.
- שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____
 שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____
 טלפון לבירורים (לא חובה): _____
 כתובת מייל לבירורים (לא חובה): _____@_____

(אימות חתימה בעמוד הבא)

טופס בקשה ליציאה מרשת שיתוף מידע רפואי לאומי (OPT OUT)

עד גיל 18

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, קיבלו דף מידע על רשת שיתוף מידע לאומי ועל משמעות היציאה מהרשת, וחתמו בנוכחותי על טופס זה.

חתימה: _____ חותמת: _____ תאריך: _____