

טופס בקשה לחזרה לרשת שיתוף מידע רפואי לאומי

מעל גיל 18

הצהרת המבקש/ת

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

מין: ז / נ ת. לידה: _____ כתובת: _____

המבוטח/ת בקופת חולים _____ מצהיר/ה בזה כי:

- ידוע לי כי רשת שיתוף מידע רפואי לאומי מאפשרת הצגת מידע רפואי לגורם מטפל בבתי החולים ברחבי הארץ מתוך התיק הרפואי שלי השמור במערכות המידע של המוסדות בהם טופלתי – בתי החולים האחרים וקופת חולים.
- אני מבינה/ה כי מטרת העברת המידע ברשת היא לצורך שיפור איכות הטיפול הרפואי שיינתן לי, כאשר הגורם המטפל בי יוכל לדעת על עברי הרפואי, תרופות שאני נוטל/ת, פרוצדורות שעברתי, תוצאות בדיקות וכדומה, למעט מידע רגיש אשר הוגדר כמידע חסוי אשר לא יועבר ברשת.
- למרות שבעבר ביקשתי לצאת מהרשת, אני מבקש עתה להצטרף חזרה, ולאפשר לגורם רפואי שיטפל בי, צפייה במידע מתוך התיק הרפואי שלי במוסדות הבריאות האחרים.
- עם כניסתי מחדש יועבר לרשת כלל המידע הקיים במערכת הממוחשבת בכל מוסד, לרבות מידע אשר תועד במהלך התקופה שבה ביקשתי לצאת מהרשת.
- הכנסתי לרשת מחדש תתבצע בתוך 30 יום מיום הגשת הבקשה לקופת החולים (או עבור חייל בשירות סדיר למוקד "מקול הלב").

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

טלפון לבריורים (לא חובה): _____
כתובת מייל לבריורים (לא חובה): _____@_____

אימות חתימה

אני הח"מ _____ תפקיד _____

סניף _____ מחוז _____

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

הופיע/ה והזדהה/תה בפני באמצעות תעודה מזהה, וחתמ/ה בנוכחותי על טופס זה.

חתימה: _____ חותמת: _____ תאריך: _____