

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (שם) _____ ת"ז _____ נותן בזה רשות לכל רופא או פסיכולוג המטפל בי ולכל מוסד רפואי בו טופלתי לרבות בית החולים, מרפאה או קופת חולים בה אני רשום (להלן מוסר המידע) למסור לרופא צבאי כל פרט ללא יוצר מן הכלל על מצב בריאותי על מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת לרבות טיפול רפואי או שיקומי שקיבלתי ככל שיתבקש על ידי הרופא הנ"ל, ואני משחרר את מוסר המידע מכל חובת סודיות שחלה עליו לפי דין או הסכם ביחס למידע המפורט לעיל, ומוותר על סודיות זו כלפי הרופא הצבאי

ויתור זה ניתן במסגרת בקשתו של תמועמד לשירות ביטחון.

שם מלא	ת"ז
--------	-----

לצורך טיפול ת"ש בצה"ל בשל נסיבותיו המשפחתיות ובכלל זה מצב בריאותי בחתימתי להלן אני מרשה לרופא הצבאי מקבל המידע להעביר לאנשים ולגופים שמעורבותם נדרשת בהליך הדיון וההחלטה בבקשה, כל מידע הנוגע אלי שיימצא ברשותו והנחוץ לקבל הלטת בבקשה הנ"ל.

תאריך	חתימה
-------	-------

אישור

אני הח"מ (שם) _____ מספר ת"ז _____ כתובת _____ רופא/עו"ד (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי האדם שפרטיו המצוינים לעיל המוכר לי אישית/שזיהה את עצמו על ידי תעודת זהות נושאת מספר _____ חתם בפניי על כתב זה, לאחר שאישר כי קרא את המסמך והבין את הכתוב בו

תאריך	חתימת המאשר
-------	-------------

חתימת גומי של הרופא

תאריך: _____

חוות דעת פסיכיאטרית לבקשת הקלות בתנאי שירות

הטופס הנ"ל מופנה אלייך בעקבות פניית המלש"ב/ית _____ לטיפול פרט על רקע
הבעיות הנפשיות של _____ שקרבנו למלש"ב: _____.

חוות דעתך תוכל לסייע לנו בקבלת החלטה לגב הקשתו. ניתן לצרף לטופס מסמכים בודדים התומכים
ומאירים את המצב בכללותו על מנת שניתן יהיה לקבל תמונה מקיפה ומדויקת ככל האפשר לגבי המצב

אבחנה: _____

מצב קליני עדכני: _____

טיפול תרופתי: _____

גורמי תמך פרט למלש"ב: _____

עד כמה המצב חיוני מבחינת תמיכה? _____

תאריך

חתימה + חותמת גומי

שם הרופא