

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

פרטי מבטח		שם פרטי		שם משפחה	
רחוב	מספר	עיר	מס' ת. זהות	שם האב	שם האם
<p>אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מוכן מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות פנסיה (לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש (לרבות מרכז בריאות הנפש "גהה" ו"שער מנשה"), ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או להראל פנסיה וגמל בע"מ ו/או מי מטעמן (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע גנטי, H.I.V., ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות המנהלות קרנות פנסיה וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.</p> <p>אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם לרבות מוכן מור ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה וכן המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים המשולמים או ששולמו לי מכל מוסד שהוא. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.</p> <p>ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.</p> <p>בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ו/או מי מטעמן, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או חברות המנהלות קרנות פנסיה וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).</p> <p>בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיכם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.</p> <p>כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>					

פרטים נוספים		שם קופ"ח	
שם המוסד	מס' חבר	סניף	מס' אישי בצה"ל
		שם קופ"ח קודמת	

שמות רופאים, מכונים ומעבדות	
רופאים	מכונים / מעבדות
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

חתימת המבטח/אפטרופוס	
תאריך	שם פרטי+שם משפחה
.....
תאריך	שם פרטי+שם משפחה*
.....

* במקרה של קטין/חסוי יציינו את שמם ויחתמו על המסמך כל האפטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרפו.

במקרה של חסוי (אפטרופוס)	
בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:	
שם האם/אפטרופוס	ת.ז.
.....
שם האם/אפטרופוס	ת.ז.
.....

פרטי היורשים במקרי של נפטר	
שם	ת.ז.
.....
שם	ת.ז.
.....

חתימת עד מהימן**	
תאריך	עד לחתימה ומס' ת.ז.
.....
שם עד מהימן לחתימה** + חותמת עם מס' רישון	
.....	

**עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח

