

תאריך: \_\_\_\_\_  
 מס תביעה: \_\_\_\_\_

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

לכבוד

1. המבטחת "מנורה" מבטחים ביטוח בע"מ ע"י בא כוחה ו/או שליחיה ו/או חוקריה  
 2. (להלן: "המבקשים")  
 3. אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטי)  
 שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_  
 רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר מגורים \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או למשרד הביטחון ו/או משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או שרות בתי הסוהר ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הביטוחי ו/או לקצין תגמולים ו/או אגף השיקום ו/או צה"ל ו/או מוסד שיקומי פסיכיאטרי, למסור ל\_\_\_\_\_ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או פרטי תיק טיפולים נפשיים ו/או פסיכולוגיים ו/או מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כמו כן, אני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטפלו בי במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים.

אני משחרר בזה את כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או פסיכולוגיים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, ומתירים להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים המפורטים מעלה, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם בגין התאונה.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר \_\_\_\_\_ שם המוסד \_\_\_\_\_:

שמות נותני השירותים: **רופאים:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
**מכונים / מעבדות:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_:

למרות האמור לעיל לא יחול כתב סודיות זה על (סמן x במשבצת המתאימה):

המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_ המידע המפורט להלן \_\_\_\_\_ רופאים שטיפלו בי \_\_\_\_\_:  
**במקרה של קטין:**

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**במקרה של חסוי או פסול דין:**

שם האפוטרופוס הממונה לענייני גוף: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ עד לחתימה \_\_\_\_\_ ומס' ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**יפוי כח:** הריני מייפה את כוחו של נציג \_\_\_\_\_ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ עד לחתימה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. / רשיון עו"ד \_\_\_\_\_

לתשומת ליבכם:

\*במקרה של אפוטרופוס ממונה: יש לצרף תצהיר האפוטרופוס לשייכות הבקשה לרווחת החסוי או לטיפולו במידה וקיימת הגבלה זו בצו)

\*בכל מקרה - יש להחזיר את הוס"ר המקורי חתום, או לחילופין עם חתימה וחותמת נאמן למקור ע"י העו"ד.