

תאריך: \_\_\_\_\_  
מספר תביעה: \_\_\_\_\_

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

שם המנוח: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_  
כתובת: רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_  
שם קופת חולים: \_\_\_\_\_  
שם רופא מטפל: \_\_\_\_\_  
מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_  
סניף המוסד לביטוח לאומי בו טופלה התביעה: \_\_\_\_\_

אנו החתומים מטה, יורשיו הבלעדיים של המנוח \_\_\_\_\_ (להלן: "המנוח") נותנים 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 למשרד 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 מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או פרטי תיק טיפולים נפשיים ו/או פסיכולוגיים ו/או כל מחלה שהמנוח חלה בה.

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

אנו משחררים 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 למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו במנוח במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, ומתירים להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו אצל נותני השירותים המפורטים מעלה, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם בגין התאונה.

אנו מוותרים על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לנו 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.

בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו במנוח, 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. **מצ"ב צילום צו ירושה/צו קיום צוואה.**

### **ולראיה באנו על החתום בשמנו אנו ו/או בשם הקטינים שלעיל ו/או כיורשים ו/או כתלויים ו/או כנציגי העיזבון ו/או כאפוטרופוסים כמפורט לעיל:**

שם וחתימה	היום	בחודש	שנת
1. שם וחתימה _____ ת.ז. _____	_____	5.	שם וחתימה _____ ת.ז. _____
2. שם וחתימה _____ ת.ז. _____	_____	6.	שם וחתימה _____ ת.ז. _____
3. שם וחתימה _____ ת.ז. _____	_____	7.	שם וחתימה _____ ת.ז. _____
4. שם וחתימה _____ ת.ז. _____	_____	8.	שם וחתימה _____ ת.ז. _____

אני הח"מ \_\_\_\_\_ עו"ד, מאשר בזה כי הנ"ל \_\_\_\_\_ חתמו בנוכחותי ומרצונם הטוב והחופשי על כתב הקבלה דלעיל, לאחר שקראו, והסכימו לכל האמור ולאחר שהסברתי להם את תוכן הכתוב ומשמעותו.

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

לתשומת ליבכם:

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