

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (שם) _____ (מספר תעודת זהות) _____
נותן בזה רשות לכל רופא או פסיכולוג המטפל בי ולכל מוסד רפואי בו טופלת, לרבות בית החולים, מרפאה או קופת חולים בה אני רשום (להלן מוסר המידע) למסור לרופא צבאי כל פרט, ללא יוצא 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 החייל

_____ (מ.א.)

_____ (שם פרטי ושם משפחה)

להקלות בתנאי שירותו בצה"ל בשל נסיבותיו המשפחתיות ובכלל זה מצב בריאותי. בחתימתי להלן אני מרשה לרופא הצבאי מקבל המידע להעביר לאנשים ולגופים שמעורבותם נדרשת בהליך הדיון וההחלטות בבקשה, כל מידע הנוגע אלי שיימצא ברשותו והנחוץ לקבלת החלטה בבקשה הנ"ל.

_____ חתימה :

_____ תאריך :

אישור

אני הח"מ (שם) _____ (מספר תעודת זהות) _____

(כתובת) _____ רופא/ עו"ד (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי האדם שפרטיו מצוינים לעיל, המוכר לי אישית/ שזיהה את עצמו על ידי תעודת זהות נושאת מספר _____, חתם בפני על כתב זה, לאחר שאישר כי קרא את המסמך והבין את הכתוב בו.

_____ חתימת המאשר :

_____ תאריך :

- שמור -
(לאחר מילוי)

טופס צהלי רפואי לבקשת הקלות בתנאי שירות

רופא משפחה שלום!

הטופס המצורף בזאת מופנה אלייך בעקבות פניית החייל/ת _____ להקלה בתנאי השירות, על רקע בעיות רפואיות במשפחה. חוות דעתך תוכל לסייע לנו בקבלת החלטה לגבי בקשתו. נא למלא במקום המתאים את האבחנות הרפואיות עם דגש על סיבוכי המחלה בזמן הווה. חשוב במיוחד נושא המצב התפקודי, על פי חוות דעתך והתרשמות הצוות הרפואי (אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק וכו'). ניתן לצרף לטופס מסמכים בודדים התומכים ומאירים את המצב בכללותו על מנת שניתן יהיה לקבל תמונה מקיפה ומדויקת ככל האפשר לגבי המצב.

מודים לך על שיתוף הפעולה

- שמור -
(לאחר מילוי)

טופס צהלי רפואי לבקשת הקלות בתנאי שירות

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ שם האב: _____
ת.ז.: _____ קרבה לחייל: _____ שנת לידה: _____
מצב משפחתי: נשוי: _____, רווק: _____, אלמן: _____, גרוש: _____, אחר: _____
נמצא בבית/ מוסד זמני/ אחר: _____
אבחנות רפואיות: _____

סיבוכים בהווה + תדירות התקפים	טיפול	אבחנה

הערות: _____

ניתוחים:

סיבוכים בהווה	הניתוח

בדיקת מעבדה פתולוגית:

צילומים פתולוגיים: _____

-שמור-
(לאחר מילוי)

מצב תפקודי: (יש להקיף את המצב בעיגול).

1. מצב ההכרה: מלאה / מעורפלת / חוסר הכרה.
2. התמצאות: מלאה / חלקית / אינו מתמצא (במקום ובזמן).
3. תקשורת: תקינה / הפרעות בדיבור / קשיי שפה / אחר: _____
4. ראייה: תקינה / לקויה / עיוורון / אחר: _____
5. שמיעה: תקינה / לקויה / חירשות / אחר: _____
6. נייחות: עצמאי / עצמאי עם מכשירים / עצמאי רק בבית / בכסא גלגלים קבוע / אחר: _____
7. תנועת גפיים: תקינה / הפרעות בידיים _____ / הפרעות ברגליים _____ / אחר: _____
8. רחיצה: תקינה / עזרה חלקית / עזרה מלאה / אחר: _____
9. אכילה ושתייה: עצמאי / עזרה חלקית / עזרה מלאה / זונדה / אחר: _____
10. הלבשה: עצמאי / עזרה חלקית / עזרה מלאה / אחר: _____
11. הפרשת שתן: ספונטנית / הפרעות / צנתר / פנרוס / אחר: _____
12. פעולת מעיים: רגילה / זקוק למשלשלים / ללא שליטה / אחר: _____
13. שינה: זקוק לתרופות / זקוק לדפנות / אחר: _____
14. אחר (פרט): _____

בעיות סיעודיות והמשך טיפול: (צנתר, פצע לחץ, מכשירים, פיזיותרפיה וטיפולים אחרים).

עזרה סיעודית מטעם הקהילה:

1. מט"בית: _____
2. שעות סיעוד מאושרות מביטוח לאומי: _____
3. אחר: _____

מעורבות משפחתית:

(תאריך ושעה)

(חתימה ידנית)

(שם הרופא)

-שמור-
(לאחר מילוי)