

הנדון: ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א - פרטי העמית

שם פרטי		שם משפחה		מס' זהות
מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד	כתובת (רחוב)

חלק ב - הצהרת ויתור סודיות

אני החתום מטה נותן בזאת רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאים, עובדיהם, ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון - ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין - למשרד הקליטה ו/או לשירות הפיסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביח' גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למור גמל ופנסיה בע"מ ו/או מי מטעמם ("להלן: "המבקש") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הכלכלי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב.

כמו כן אני נותן בזאת רשות לכל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות מנהלות של קרנות הפנסיה למסור למבקש כל מידע רפואי, וכל מידע המתייחס לביטוח חיים ו/או לכיסויים ביטוחיים ולרבות החלטות רפואיות, פרוטוקולים של ועדות רפואיות וחוות דעת מכל סוג ו/או לתביעות קודמות ו/או מאוחרות שהגשתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק וסכומים להם אני זכאי מהחברות האמורות בגין תביעותי ותקופת נכות שנקבעו בגין מצבי הרפואי.

הנני משחרר בזאת את כל האמורים לעיל, מחובת שמירת סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר להנ"ל, לרבות טענות מכוח הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ג - פרטי נותני שירותים רפואיים

שם קופ"ח	שם קופ"ח
פרטי רופאים ו/או מכונים אצלם טופלת:	
רופאים	1. 2.
	3. 4.
מכונים	1. 2.
	3. 4.

רשימה זו אינה ממצה והמבקש רשאי לפנות לכל אחד מהגופים המפורטים בחלק ב' לעיל.

חלק ד - חתימות

חתימת העמית				
תאריך	שם	תעודת זהות	חתימה	
				X
עד לחתימה*				
תאריך	שם	תעודת זהות	מס' רישיון	חתימה וחותמת
				X

*עד לחתימה הינו רופא, עו"ד או סוכן ביטוח בעל רישיון פנסיוני בצרוף העתק רישיון סוכן.
עד לחתימת העד לכלול חותמת קריאה וברורה עם מס' הרישיון של העד.