

טופס ויתור על סודיות רפואית

השם: _____
הכתובת: _____
מספר תעודת זהות: _____
קופת החולים: _____
סניף וכתובת הסניף: _____
מספר חולה בקופ"ח: _____

אני החתום מטה, מבקש בזאת מקופת החולים ו/או משרד הבטחון ו/או שלטונות צה"ל ו/או מאת כול רופא, ו/או עובד רפואי, ו/או המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו, ו/או כל עובד של המוסד לביטוח לאומי בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או כל תחום רלוונטי אחר, וכן מכל בתי החולים שאי פעם טיפלו בי ו/או בהם הייתי מאושפז ו/או כל מוסד רפואי שטיפל בי ו/או בו הייתי מאושפז ו/או כל אדם או גוף אחר בתחום הרפואי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הנוירופסיכיאטרי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל: -

"מיופה הכוח" ו/או מי מעובדיהם ו/או שלוחיהם ו/או פקידיהם, את כול הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה אשר תידרש על ידי המבקש הנ"ל ו/או עובדיו ו/או שלוחיו ו/או מי מפקידיו על מצב בריאותי ו/או על כול מחלה ו/או נכות אשר ממנה סבלתי בעבר ו/או כל מחלה ו/או נכות מהן אני סובל כעת;

כמו כן אבקש למסור לנ"ל כל פרט רלוונטי על מצבי הסיעודי ו/או השיקומי שבעבר ו/או בהווה והנני משחרר אתכם ואת מי מטעמכם וכל רופא מטעמכם וכל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הרפואי ו/או הבריאותי ו/או נכותי או מחלתי כנ"ל, ו/או מצבי הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי;

כמו כן מתיר אני לכם בזאת קבלת מידע מכל תיק שנפתח על שמי בכל מוסד רפואי לו היתה לי נגיעה ו/או שטיפל בי בזמן מן הזמנים, כולל הביטוח הלאומי וכל סניפיו ו/או מוסדותיו, כולל מידע על תשלומים ששולמו משולמים וישולמו לי ו/או מי מטעמי, ומוותר בזאת אני על כל סודיות בקשר לנ"ל ולא יהיה בכל גילוי שמקורו בתצהיר זה ו/או בכל חומר שהושג בקשר עם תצהיר זה ולנ"ל כל עילת תביעה ו/או טענה.

כתב ויתור זה מחייב אותי ו/או את עיזבוני ו/או בא כוחי ו/או מי מטעמי וכל באי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

לראייה באתי על החתום:

חתימה: _____

חתימתו: _____

שם העד לחתימה: _____