



ויתור על סודיות רפואית וכללית

פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות											
אני החתום מטה											
שם פרטי			שם משפחה			מספר זהות					
שם האב			שם פרטי			מספר דירה					
מספר טלפון			מיקוד			תא דואר			מספר בית		
רחוב			יישוב			מספר דירה			מספר בית		
<p>נותן בזאת לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון- השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירותי בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העלייה ו/או הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או לכל המכונים הפרטיים הרפואיים ו/או כל ב"ח פסיכיאטרי ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי למסור לליברה חברה לביטוח (להלן "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או הישגי בלימודים 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 רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרנות הפנסיה למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.</p> <p>אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהן, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או לכל המכונים הפרטיים הרפואיים ו/או כל ב"ח פסיכיאטרי ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הליטה ו/או שירותי בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במ"ל.</p> <p>הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות 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.</p> <p>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 רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.</p>											
שם קופת החולים			סניף			מספר חבר			שם המוסד		
שמות נותני השירותים											
רופאים			.1			.2			.3		
מכונים ומעבדות			.1			.2			.3		
מספר אישי בצה"ל						שם קופת חולים קודמת					
במקרה של קטין											
מספר זהות			שם משפחה			שם פרטי			קרבה		
חתימת האפוטרופוס			כתובת			חתימת			האפוטרופוס		
ייפוי כח											
<p>הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.</p> <p>תאריך _____ שם פרטי + שם משפחה _____ חתימה _____</p>											
עד לחתימה											
<p>עד לחתימה יכול להיות – סוכן ביטוח/עורך דין/רופא/אחות/ עובד סוציאלי/פסיכולוג/ סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח</p>											
חתימת המבוטח											
<p>תאריך _____ שם פרטי + שם משפחה _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>											