

לכבוד

"רפואון" - חברה לשירותי מידע ואיתור תיעוד רפואי
בא כוחה או שלוחה (להלן: "המבקשת") ("ולחייב עפ"י החוק

הנדון: כתב ויתור על סודיות

אני החתום -מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או מדר התשלומים רשות האוכלוסין למסור ל _____ (להלן: "המבקשים") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו המבקשים המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת לרבות H.I.V. ו/או כרטיס טיפת חלב, כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל "אבנר ול"הפול"- המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.
 בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא 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.

_____ כתובת

_____ תעודת זהות

_____ שם פרטי ומשפחה

קופ"ח בה הנני חבר: _____ סניף: _____

שמות נותני שירותים, רופאים, מכונים, מעבדות:

_____ .1 _____ .2 _____ .3 _____ .4

במקרה של קטין: שם האם: _____ ת.ז. _____ חתימת האם: _____

שם האב: _____ ת.ז. _____ חתימת האב: _____

_____ חתימה

(במקרה של קטין חתימת האפוטרופוס)

_____ תאריך

_____ חתימה +חותמת (כולל מס' רישיון)

_____ שם העד לחתימה