



# טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

## חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

| שם משפחה | שם פרטי | מס' תעודת זהות | שם האב |
|----------|---------|----------------|--------|
|----------|---------|----------------|--------|

| רחוב | מספר | ישוב | מיקוד | מס' טלפון |
|------|------|------|-------|-----------|
|------|------|------|-------|-----------|

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים רופאיהן, עובדיהן ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל"מנורה" חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקשים) את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעוד ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כמו כן הנני נותן בזאת לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטפלו בי במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת החולים.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, ומתיר להן בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או מי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן. למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על (סמן X במשבצת המתאימה):

- המוסדות הבאים:
- המידע המפורט להלן:
- רשימה מלאה של רופאים שטיפלו בי:

## חלק ב'

שם קופ"ח \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' חבר \_\_\_\_\_ שם המוסד \_\_\_\_\_

- |          |          |
|----------|----------|
| _____ .2 | _____ .1 |
| _____ .4 | _____ .3 |
| _____ .2 | _____ .1 |

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ שם המוסד \_\_\_\_\_

|           |                        |       |
|-----------|------------------------|-------|
| X         | X                      | X     |
| חתימת העד | שם עד לחתימה ומס' זהות | תאריך |

## יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג "מנורה" חברה לביטוח בע"מ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

|       |          |       |
|-------|----------|-------|
| X     | X        | X     |
| חתימה | שם החותם | תאריך |