

תאריך: _____
 מס תביעה: _____

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

לכבוד

1. המבטחת "מנורה" מבטחים ביטוח בע"מ ע"י בא כוחה ו/או שליחיה ו/או חוקריה
 2. _____ (להלן: "המבקשים")
 3. אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)
 שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____ שם האב _____
 רחוב _____ מספר _____ עיר מגורים _____ מיקוד _____
 טלפון _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או למשרד הביטחון ו/או משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או שרות בתי הסוהר ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הביטוחי ו/או לקצין תגמולים ו/או אגף השיקום ו/או צה"ל ו/או מוסד שיקומי פסיכיאטרי, למסור ל_____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או פרטי תיק טיפולים נפשיים ו/או פסיכולוגיים ו/או מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או פסיכולוגיים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, ומתירים להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים המפורטים מעלה, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם בגין התאונה.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת 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.

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 השירותים שיפורטו להלן.

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר _____ שם המוסד: _____

שמות נותני השירותים: **רופאים:** 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים / מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ קופ"ח קודמת: _____

למרות האמור לעיל לא יחול כתב סודיות זה על (סמן x במשבצת המתאימה):

המוסדות הבאים: _____ המידע המפורט להלן _____ רופאים שטיפלו בי _____
במקרה של קטין:

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

במקרה של חסוי או פסול דין:

שם האפוטרופוס הממונה לענייני גוף: _____ ת.ז. _____ חתימה _____

תאריך _____ עד לחתימה _____ ומס' ת"ז _____ חתימה _____

יפוי כח: הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך _____ עד לחתימה _____ חתימה _____ מספר ת.ז. / רשיון עו"ד _____

לתשומת ליבכם:

***במקרה של אפוטרופוס ממונה:** יש לצרף תצהיר האפוטרופוס לשייכות הבקשה לרווחת החסוי או לטיפולו במידה וקיימת הגבלה זו בצו)

***בכל מקרה - יש להחזיר את הוס"ר המקורי חתום, או לחילופין עם חתימה וחותמת נאמן למקור ע"י העו"ד.**