

כתב ויתור על סודיות רפואית
(קרן דולב לצדק רפואי ע"ר)

שם: _____

מס' זהות: _____

שנת לידה: _____

כתובת: _____

מ.משפחתי (+מס' ילדים- אם יש): _____

עיסוק: _____

שם קופת החולים: _____

מס' החולה בקופ"ח: _____

שם הרופא המטפל: _____

אני הח"מ, נותן/נת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולקופת חולים, בית חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום וכן, משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות, השירות הפסיכולוגי ושירות התעסוקה ואדם אחר כלשהו, למסור לעו"ד גילעד רוגל ו/או למי מטעמה של קרן דולב לצדק רפואי (ע"ר), את כל המידע ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש הנ"ל, על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ובכלל זה, כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם, מחוב שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או פגיעתי ו/או מחלתי הנ"ל ומוותר/ת על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה.

הנני מייפה את כוחם של עוה"ד הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמם, להגיש בשמי בקשת עיון ולעיין במידע אודותיי, המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

ולראיה באתי על החתום:

שם _____ ת"ז _____

חתימה _____ תאריך _____