

מ'ס' זהות / דרכון _____		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך 7   8	דפים _____	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
 מינהל הגמלאות  
 סיעוד



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

1 פרטים אישיים של המבוטח

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
96	_____	שנה חודש יום _____
שם משפחה	שם פרטי	
_____	_____	

חבר בקופת חולים

כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר \_\_\_\_\_

2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
 מוותר על הסודיות הרפואית שלי:

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד או למחלקת הרווחה ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערכת התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_

מאשר בזה, כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת/מטעמו בהתאם למגבלות האמורות בחוק זכויות החולה.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✘ \_\_\_\_\_