



## טופס ויתור סודיות כללי

**טופס הסכמה למסירת מידע רפואי או מידע אחר נוסף הדרוש לצורך בירור וטיפול בבקשתי להכרה כנכה צה"ל ומתן טיפול וויתור על סודיות רפואית**

### פרטים אישיים

|            |            |                 |
|------------|------------|-----------------|
| שם משפחה   | שם פרטי    | מספר תעודת זהות |
| טלפון נייד | עיר מגורים |                 |
| רחוב       | מספר בית   |                 |

### הצהרה

אני חתום מטה נותן בזאת רשות לכל העובדים בצוות רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל העובדים של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשטרת ישראל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לחברות ביטוח ו/או למשרדי ממשלה ו/או לעריות ולמוסדות מוניציפליים ו/או לכל העובדים בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגורמים מטפלים לרבות פסיכולוגים ו/או למוסדות שיקומיים לרבות בתים מאזנים או קהילות שיקום (להלן: "המוסדות") למסור לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון ולכל גורם החייב בהוצאתי לרבות חברות הביטוח (להלן "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם של המבקשים לאסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים המצויים בידי המוסדות ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או כל מידע אחר/נוסף שמצוי בידי מי מהגורמים אשר דרוש למשרד הביטחון על מנת לברר את בקשתי להכרה כנכה צה"ל.

הנני נותן בזאת רשות לנציב קבילות החיילים או מי מטעמו, למסור לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון את העתק הקבילה וכן מסמכים שצורפו אליה וכן כל מכתב נוסף או מסמכים נוספים שנמסרו לנציב קבילות החיילים, על-ידי או מטעמי במהלך הטיפול בקבילה וכן העתק תשובת הנציב לקבילתי.

הנני משחרר בזאת את כל המוסדות ו/או כל עובד מעובדיהם, 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 שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם - מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד, לרבות במוסד לביטוח לאומי ולרבות מידע על תשלומים ששילם לי המוסד לביטוח לאומי.



מדינת ישראל  
 משרד הביטחון  
 בלמ"ס



הנני נותן בזאת רשות לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון או מי שהוסמך לכך מטעמו להעביר מידע על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי למוסדות רפואיים בקהילה לרבות קופות החולים ו/או לשירותי הרווחה ו/או למוסד לביטוח הלאומי, וזאת על מנת לאפשר רצף טיפולי בענייני.

הנני נותן בזאת רשות לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון או מי שהוסמך לכך מטעמו להעביר מידע על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי למוסדות רפואיים בקהילה לרבות קופות החולים ו/או לשירותי הרווחה ו/או למוסד לביטוח הלאומי ולספקי טיפול של משרד הביטחון וזאת על מנת לאפשר רצף טיפולי בענייני.

הנני נותן בזאת רשות לאגף שיקום נכים במשרד הביטחון או מי שהוסמך לכך מטעמו לברר את נכונות פרטי חשבון הבנק שלי (שם הבנק, מספר סניף, מספר חשבון) אותם ציינתי בבקשה להכרה כנכה צה"ל, על מנת שניתן יהיה להעביר לחשבון הבנק אותו ציינתי תשלומים להם אהיה זכאי, ככל שאהיה זכאי.

הנני מוותר על סודיות כלפי המבקשים ולא תהא לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור על ידי המוסדות המפורטים לעיל.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או רפואיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם.

### פרטי הרופא המטפל

| שם הרופא | קופת חולים | סניף |
|----------|------------|------|
|          |            |      |

### הצהרה

הנני \_\_\_\_\_, ת"ז \_\_\_\_\_, הבנתי את הכתוב ומקובל עלי לותר על הסודיות הרפואית מול גופים אלו, במסגרת הטיפול שלכם בתיק.

תאריך \_\_\_\_\_  הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

\_\_\_\_\_

חתימה

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

(במידה והחותם הוא אפטרופוס – יש לצרף את צו האפטרופוסות).