

1 פרטי המצהיר

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם האב
רחוב	מס' בית	עיר	מספר טלפון
		מיקוד	

אני הח"מ נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי, לרבות ומבלי למעט, קופות חולים, בתי חולים, מכונים רפואיים ומכוני אבחון (לרבות מכון מור), מרכזי ומרפאות בריאות הנפש (לרבות בי"ח גהה), ו/או לכל גוף ו/או משרד ו/או רשות ו/או תאגיד, לרבות המוסד לביטוח לאומי (כולל מחלקת השיקום, השירות הפסיכולוגי ושירות התעסוקה), צבא ההגנה לישראל, משרד הביטחון, שירות בתי הסוהר, משרד הפנים, משרד הבריאות, משרד החינוך ו"א וגזברות, מנהל האוכלוסין, משרד הקליטה, השירות הפסיכולוגי-חינוכי, האגודה למען שירותי בריאות הציבור-סיעוד, כולם - על כל מחלקותיהם, שלוחותיהם וסניפיהם, וכל רופאיהם, עובדיהם ו/או מי מטעמם של כל הנ"ל, לרבות וועדות רפואיות ו/או כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או אדם אחר כלשהו (לרבות אדם המעניק שירותים באופן פרטי) ("נותני שירותים") למסור לווישור חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה ("המבקשת") את כל המידע והפרטים המצויים בידי נותני השירותים, ללא יוצא מהכלל ובאופן שתדרוש המבקשת, בין בכתב ובין בעל פה, לרבות מידע על מצבי הבריאותי, הפיזי ו/או הנפשי ו/או מצבי הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי, לרבות ומבלי למעט, מידע הנוגע לטיפולם, בדיקות ואבחנות רפואיות, חוות דעת, בדיקות ואבחנות פסיכולוגיות ו/או פסיכיאטריות, ובכלל זה מידע הנוגע לכל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות איידס, כרטיס טיפת חלב, מידע על השתלשלות פרופיל (משה"ב), תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסה ו/או יציאה מהארץ (מנהל האוכלוסין), פרטי ת.ז., תאריכי לידה, הישגים לימודיים, מידע על קצבאות, גמלאות, נכויות, תביעות ועוד. כמו כן, אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות המנהלות קרנות הפנסיה ו/או קופות גמל בישראל ובחו"ל ("החברות") למסור כל חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ו/או כיסויים ביטוחיים שקשורים אלי באופן כלשהו, וכל מידע בנוגע למצבי הרפואי, כולל מחלת האיידס, ולרבות החלטות רפואיות פרוטוקוליות ועדות רפואיות, חוות דעת, מידע בקשר לתביעות מכל סוג, לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי, כולל מצב תביעה, נכות, סכום סילוק ומועדו, סכומים נוספים להם אני זכאי ועוד.

אני משחרר בזאת את כל נותני השירותים, המוסדות, הגופים והחברות הנ"ל, לרבות כל עובד מעובדיהן ו/או כל רופא מרופאיהן מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או מידע על קצבאות ו/או גמלאות ו/או נכויות ו/או תביעות, לרבות המל"ל (כולל מידע על תשלומים ומידע ממחלקת רציפות) וכל מידע נוסף כאמור לעיל, ומתיר להם בזאת מתן מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ו/או מטעמה, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה כלפי נותני השירותים, המוסדות, הגופים והחברות הנ"ל.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, התקנות והצווים מכוחו, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל נותני השירותים, המוסדות, הגופים והחברות הנ"ל והאנשים המנויים על נותני השירותים שפורטו לעיל, וכן ביחס לקופ"ח ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הפרטניים שלהלן.

קופת חולים	סניף	מספר חבר	קופת חולים קודמת	מספר אישי בצה"ל
------------	------	----------	------------------	-----------------

2 שמות נותני שירותים

רופאים	1.	2.	3.	4.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.	4.

3 קטין / חסוי: במקרה זה יחתום על מסמך זה האפוטרופוס החוקי. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי
קרבה	כתובת	

4 יפוי כח עבור צד ג'

הריני מייפה את כוחו של _____ לקבל את המידע הרפואי ו/או הכללי, כולל מידע ממשרד הפנים, כמפורט לעיל.

תאריך: ____/____/____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

5 עד לחתימה: (עו"ד/רופא/אחות/עו"ס/פסיכולוג/סוכן ביטוח חתימה אישית)

תאריך	שם מלא	מס' זהות	מספר רשיון	חתימה

6 חתימת המבוטח:

תאריך: ____/____/____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____