

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח

1

קוד גמלה 96	מספר זהות/דרכון	תאריך התביעה שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
חבר בקופת חולים		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____		

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס (יש לצרף צילום "צו אפוטרופוס")

2

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 שנתי 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 מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

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 ✘ _____

אם החותם אינו התובע, יש לצרף צילום צו אפוטרופוס