



## כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ: \_\_\_\_\_ דרכון מספר: \_\_\_\_\_ נותן בזה רשות לכל רופא ו/או עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולמשרד הבריאות ושירות בתי הסוהר על כל שלוחותיהם ועל כל רופאיהם ו/או המרכז לבריאות הנפש ו/או לקופת חולים, בית חולים ו/או המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, השירות הפסיכולוגי ושירות התעסוקה ואדם אחר כלשהו (להלן: "נותני השירותים"), **למסור לרשות האוכלוסין וההגירה ו/או למי מטעמה** (להלן: "המבקשת") את כל המידע ללא יוצא מהכלל, בין בכתב ובין בעל-פה, ובאופן שתדרוש המבקשת, על מצבי הבריאותי – הן מהבחינה הפיזית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות רפואיות, והן מהבחינה הנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות פסיכולוגיות ו/או פסיכיאטריות – ו/או מצבי 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 או שהנני חולה בה כעת ו/או בהתפתחויות שיחולו במצבי הרפואי בעתיד, והנני משחרר אתכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או פגיעתי ו/או מחלתי הנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה.

כן הנני מתיר בזאת למבקשת להגיש בשמי בקשת עיון ולעיין במידע אודותיי המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם ובכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים הנ"ל לרבות המוסד לביטוח לאומי.

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 והאנשים המנויים על נותני השירותים שפורטו לעיל.

כתב ויתור סודיות זה אינו מוגבל בתוקפו.

### פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יחתום על המסמך האפוסטרופוס החוקי):

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר דרכון	אזרחות
כתובת	טלפון	תאריך	חתימה

### פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, עו"ס, פסיכולוג):

תפקיד	שם ומשפחה	תעודת זהות	מספר רישיון
כתובת	תאריך	חתימה	חותמת

\* כל האמור בטופס זה בלשון זכר – מתייחס לזכר ולנקבה כאחד.