

## טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)

אני, החתום מטה, (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות:	שם האב	תאריך לידה
כתובת:	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
				טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לי: \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים המצויין בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או שיקומי ו/או מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כמו כן הנני נותן רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטפלו בה במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת החולים.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות לרבות קופת 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 השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרת, האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או למי מטעמם ו/או לנותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוין במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על (סמן X במשבצת המתאימה):

- המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_
- המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_
- רשימה מלאה של הטיפולים / הרופאים שטיפלו בי (אם מסומן - יש למלא את חלק ב')

### חלק ב' - השירותים/ נותני השירותים עליהם חל ויתור הסודיות:

רופאים: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

בדיקות / מעבדות: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### חלק ג' - במקרה של קטין / מינוי אפוטרופוס / יורשים יש למלא:


שם האם: \_\_\_\_\_ מס. ת. זהות \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ מס. ת. זהות \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס / יורש: \_\_\_\_\_ מס. ת. זהות \_\_\_\_\_

חתימת עד מהימן (עובד קופה / עו"ד / רופא / אחות / מקצועות הבריאות ברישיון / מורשה חתימה בבנק / סוכן ביטוח)

\_\_\_\_\_  
חותרמת (כולל מס. רישיון)

\_\_\_\_\_  
חתימת העד

\_\_\_\_\_  
מס' ת.ז של העד

\_\_\_\_\_  
שם העד

\_\_\_\_\_  
תאריך

\_\_\_\_\_  
חתימת המבקש

\_\_\_\_\_  
תאריך