טופס בקשת מידע רפואי

פרטי החבר עבורו מבקשים את המידע הרפואי:

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

אני החתום מטה, _____ **ת.ז** _____

☐ חבר מכבי / יורש / אפוטרופוס / בא כוח החבר שהוא קרוב משפחתו - בן זוג / הורה / הורה ההורה / אח / אחות / צאצא של כל אחד מאלה לרבות אימוץ (הקף בעיגול את אחת האפשרויות)

☐ בא כוח החבר שאינו קרוב משפחה (עו"ד / אחר _____)

1. **מבקש כי תמסרו את המידע:**

☐ מסירה אישית

☐ דואר רשום

☐ מסירה לבא כוחי, ייפוי כוח עבור שם:_____ ת.ז. _____ (מצ"ב טופס ויתור סודיות רפואית של החבר לטובת הנ"ל).

2. **התיעוד המבוקש:**

☐ תקציר תיק (בעת מעבר קופה) – ללא תשלום

☐ תיק רפואי מ-5 השנים האחרונות – 10 ₪

☐ תיק רפואי מ-1.1.2011 ועד היום – החיוב בהתאם לתעריף משרד הבריאות

☐ תיק רפואי לפני 2011 ועד היום - החיוב בהתאם לתעריף משרד הבריאות לכל נושא (רופא/ מטפל פרא-רפואי/ סוג בדיקה וכו'), עד לתקרה של 5 נושאים. מעל 10 עמודים לנושא, תוספת של 1 ₪ ל-2 עמודים.

***תעריפים אלו חלים רק במקרה והמידע מבוקש ע"י החבר או בא כוחו שהוא קרוב משפחתו.**
מידע הנמסר לבא כוח שאינו קרוב משפחה יחויב בסכום של 175 ₪ לכל נושא.
מידע עבור נפטרים יחויב בהתאם לתעריפי משרד הבריאות.

3. **פירוט הרופאים הנדרשים/ אחר :** _____

4. **האם נדרש גם מידע פסיכיאטרי/ פסיכולוגי/ עובדת סוציאלית:** ☐ כן חתימה: _____

_____	_____	_____
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת מבקש המידע

חתימה על קבלת המידע הרפואי:

_____	_____	_____
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת מקבל המידע