

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



יש לחתום על הטופס ולהעבירו למרכז הרפואי באמצעות פקס/מייל/דואר או הגעה פיזית למרכז הרפואי בשעות פעילות המשרד.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם. אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור **Download**

הקובץ לא נפתח? יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, הורידו אותה בחינם מאתר [Adobe](#)



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרים את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



טופס בקשת מידע רפואי - הצהרת החבר המבקש תיעוד רשומה רפואית המצויה בחזקת מכבי

אני החתום מטה:

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

1. חבר המבקש מידע אודותיו / ילדיו הקטינים / בקשת יורש / אפוטרופוס (הקף בעיגול את אחת מהאפשרויות)

1.1 מבקש כי תמסרו לי את המידע במסירה אישית / אבקש לשלוח את התיק הרפואי בדואר רשום לכתובת המעודכנת במערכות מכבי (אפשרות זו קיימת לאחר הגשת בקשה ע"י המטופל באופן אישי במרכז הרפואי) - מחק את המיותר

1.2 מבקש כי תמסרו לבא כוחי* (שם: _____) שקרבנו המשפחתי אלי היא (הקף בעיגול):
בן זוג, הורה, הורה ההורה, צאצא, אח ו/או אחות ו/או בן זוג ו/או צאצא של כל אחד מאלה

2. להלן פירוט המידע המבוקש - יש להתייחס לכל אחד מהסעיפים

מבקש כי תמסרו לבא כוחי* (שם: _____) שאינו קרוב משפחתי*:

2.1 מידע אודות פירוט מצב הבריאות שלי / של בני / בתי (הקף בעיגול) מס' זהות _____

2.2 פרק הזמן של התיעוד המבוקש

תיק רפואי מ-5 השנים האחרונות

תיק רפואי מ-1.1.2011 ועד היום

תיק רפואי לפני 2011 ועד היום

2.3 האם נדרש גם מידע פסיכיאטרי/פסיכולוגי/עו"ס: לא כן

2.4 הערות/תקציר/רשימת רופאים נדרשים/אחר: _____

3. הערות: _____

4. ייפוי כוח: (מצ"ב טופס ויתור על סודיות רפואית)

הגני מייפה את כוחו של _____ מס' זהות _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____

5. מסירת המידע:

תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____

כללי הגבייה:

- עבור תיק רפואי מ-5 השנים האחרונות מיום הגשת בקשתי - החיוב יעמוד על סכום של 10 ₪.
- עבור התיעוד הקיים מעל 5 שנים ועד שנת 2011 - החיוב בהתאם לתעריפון משרד הבריאות.
- עבור התיעוד הקיים לפני שנת 2011 - החיוב בהתאם לתעריפון משרד הבריאות, לכל תיק אצל רופא / גורם מטפל ועד לחיוב מרבי עבור 5 תיקים (מעל 10 עמודים תגבה תוספת של 0.5 לעמוד).

למען הסר ספק: תעריפים אלו חלים רק במקרה והמידע מבוקש ע"י החבר, או בא כוחו שהוא קרוב משפחתי, כפי שהוגדר בסעיף 1.2 * הערה - מידע הנמסר לבא כוח שאינו קרוב משפחה, יחויב בסכום של 175 ₪, לכל תיק אצל רופא.