

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס
בדואר אלקטרוני או
בפקס, בהתאם להנחיות
המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס.
אם יש צורך בחתימה, מלאו
את שמכם וסמנו 
בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

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

שומרים



הורידו את הקובץ
ושמרו אותו על
המחשב, באמצעות
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 פוטרם את מכבי שירותי בריאות
מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המוסד הרפואי _____

א.ג.

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות ל"מכבי שירותי בריאות" [להלן: "מכבי"] ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל/ת מטעמכם או בשליחותכם למסור ל _____ [להלן: "המבקש/ת"] את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי. כמו כן הנני נותן/ת בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקש את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת מכבי והרשומים במאגרי המידע של מכבי.

אני משחרר/ת את מכבי ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של מכבי, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מכבי ו/או נותני השירותים.

הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי נגד מכבי ו/או למי מהרופאים מטעמה ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת מידע כאמור, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטיות המטופל (במקרה של קטין/ה או חסוי/ה יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות: (9 ספרות)
כתובת:		

חתימה

תאריך:	חתימה:	עד לחתימה: