

## בקשה לבדיקה מחדש עקב החמרה במצב הטיפקודי

1. פרטי החבר/ה:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות:	תאריך לידה:	מין:
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ

2. כתובת החבר/ה:

רחוב:	מס' בית:	כניסה:	קומה:	שכונה:
ישוב:	מיקוד:	טלפון:		

3. כתובת לפניית ומשלוח מכתבים (ימולא רק כאשר יש צורך לתאם דרך כתובת זו)

שם משפחה:	שם פרטי:				הקשר למגיש/ת הבקשה:
רחוב:	מס' בית:	כניסה:	קומה:	שכונה:	
ישוב:	מיקוד:	טלפון:			

4. סוג הבקשה (סמן/י X במקום המתאים)

☐ שיפוי הוצאות בגין אישפוז סיעודי ☐ שיפוי הוצאות בגין טיפול סיעודי ביתי

5. המסמכים המעידים על החמרה במצב הטיפקודי

(חובה לצרף תעודה רפואית המעידה על החמרה)

☐ מצ"ב תעודה רפואית מיום: \_\_\_\_\_

6. האם החבר/ה מקבל/ת עזרה בגין מצבו/ה הסיעודי מהגורמים הבאים? (סמן/י)

- ☐ מהמוסד לביטוח לאומי (גמלת סיעוד/שר"מ/ ילד נכה), אחוז גמלה: \_\_\_\_\_ החל מתאריך: \_\_\_\_\_
- ☐ מהיחידה לטיפול בית, מכבי שירותי בריאות: \_\_\_\_\_ החל מתאריך: \_\_\_\_\_
- ☐ ממושרד הבטחון, סכום חודשי: \_\_\_\_\_ החל מתאריך: \_\_\_\_\_
- ☐ מביטוח פרטי, סכום חודשי: \_\_\_\_\_ החל מתאריך: \_\_\_\_\_
- ☐ אחר - פרטי: \_\_\_\_\_ החל מתאריך: \_\_\_\_\_

### כתב ויתור על סודיות רפואית והצהרת המבקש/ת

1. הנני מצהיר/ה בזה על הסכמתי המוחלטת והבלתי חוזרת לוותר על סודיות רפואית ו/או תפקודית ומסמיק/ה את אגודת מכבי מוגן ו/או רופאיה ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או צד שלישי כלשהוא מטעמם לבקש, לקבל ולמסור מידע על מצב בריאותי ו/או תפקודי בעבר, בהווה ובעתיד.
2. כמו-כן אני מסכים מראש שכל מוסד, או אנשים שיש בידם מידע רפואי ו/או תפקודי כאמור לעיל, יגלו אותו למכבי מוגן ו/או רופאיה ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או צד שלישי כלשהוא מטעמם לפי דרישתם ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי נותן המידע.
3. הוויתור על סודיות רפואית חל על כל תקופת חברותי במכבי מוגן וכן ישאר בתוקף גם לאחר סיום הפסקת חברותי במכבי מוגן.
4. חתימתי על הצהרה זו מהווה הסכמה ללא סייג לכך שאמציא למכבי מוגן לפי דרישתה הראשונה, כל מידע בקשר לפניות או צעדים שאנקוט כלפי השלטונות ו/או מוסדותיה של מכבי מוגן ו/או גופים כל שהם בישראל או מחוץ לישראל הנוגעים במישרין או בעקיפין למצב בריאותי ו/או תפקודי, או לדרישות כלשהן הקשורות למצב בריאותי ו/או תפקודי. אי מתן מידע זה מטעמי למכבי מוגן יחשב מכל הבחינות להענקת סמכות למכבי מוגן לפנות בשמי לכל שלטון, מוסד או גוף כאמור לעיל, על מנת לקבל המידע הדרוש למכבי מוגן.
5. אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שנמסרו בבקשה ובמסמכים המצורפים הינם נכונים ושלמים.
6. בזאת הנני מתחייב/ת להודיע למכבי מוגן על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בבקשה זו, ובמידה ואמצא זכאי/ת להחזר הוצאות בגין טיפול סיעודי ביתי מהמוסד לביטוח לאומי ו/או כל חיקוק אחר, הריני מתחייב/ת להחזיר למכבי מוגן את הוצאותיה בגין הטיפול הסיעודי בבית שקיבלתי באמצעותה בגין אותה תקופה, מוגבל לסכום ההחזר לו נמצאתי זכאי/ת מהמוסד לביטוח לאומי.

שם פרטי ושם משפחה:	מס' תעודת זהות:	תאריך:	חתימה:

אם מוגיש/ת הבקשה אינו/ה החבר/ה, נא לציין:

שם פרטי ושם משפחה:	מס' תעודת זהות:	הקשר לחבר/ה:	טלפון:
סיבת ההגשה שלא על ידי החבר/ה:			
כתובת:	תאריך:	חתימה:	

### לשימוש המשרד בלבד

תאריך קבלת הבקשה: \_\_\_\_\_ חתימה וחתימת של מקבל/ת הטופס: \_\_\_\_\_