

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 ידנית לא ניתן להתום 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 פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



שאלון נפגע/ת פעולות איבה

פרטים אישיים

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות: (9 ספרות)	שנת לידה:
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
טלפון:	טלפון נוסף:	כתובת דואר אלקטרוני:	

פרטים על האירוע

תאריך: _____ / _____ / _____ שעה: _____ מקום האירוע: _____

אירע במהלך: _____ נסיעה פרטית בדרך לעבודה בדרך מהעבודה במהלך העבודה
 האם נמסרה הודעה למוסד לבטוח לאומי? כן לא

אם כן, צרף/י אישור ההכרה מהמוסד לבטוח לאומי בו נפתח התיק, מה מס' התיק: _____

איבר שנפגע: _____

האם הוגשה עזרה רפואית ראשונה? כן, אם כן צרף/י תעודה לא

האם אושפזת? כן, אם כן צרף/י סיכום מחלה לא

מסמכים נלווים: אישור מהמוסד לבטוח לאומי תעודת חדר מיון סיכום מחלה

אחר, פרט/י _____

כתב הצהרה וויתור על סודיות רפואית נפגע/ת פעולות איבה:

1. בנוגע לפעולות האיבה מתאריך: _____/_____/_____ ואשר בגינה קיבלתי ואקבל טיפוח רפואי מלא על ידי מכבי שירותי בריאות הנני מצהיר/ה כדלקמן:
 הנני מצהיר/ה בזה על הסכמתי המוחלטת והבלתי חוזרת לזאת על סודיות רפואית והמסמך את מכבי שירותי בריאות ו/או את רופאי ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או מי מטעמה, לבקש, לקבל ולמסור אינפורמציה על מצב בריאותי בעבר, בהווה ובעתיד.
 2. כמו כן הנני מסכים/ה מראש שכל מוסד, או אנשים שיש בידם אינפורמציה רפואית כאמור לעיל, יגלו אותם למכבי שירותי בריאות לפי דרישתה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי נותן האינפורמציה.
 3. הוויתור על סודיות רפואית חל על כל תקופת חברותי במכבי שירותי בריאות וכן ישאר בתוקף לאחר סיום או הפסקת חברותי בה.
 4. חתימתי על הצהרה זו מהווה הסכמה ללא סייג לכך שהמציא למכבי שירותי בריאות לפי דרישתה הראשונה, כל אינפורמציה בקשר לפניות או צעדים שאנקוט כלפי שלטונות ו/או מוסדות ו/או גופים כלשהם בישראל או מחוץ לישראל, הנוגעים במישרין או בעקיפין למצב בריאותי, או לדרישות כלשהן הקשורות במצב בריאותי. אי מתן אינפורמציה זו מטעמי למכבי שירותי בריאות תחשב מכל הבחינות כהענקת סמכות למכבי שירותי בריאות לפנות בשמי לכל שילטון, מוסד או גוף כאמור לעיל על מנת לקבל את המידע הדרוש לה.
- כל האמור לעיל במין זכר חל גם על מין נקבה.

תאריך:	חתימת הנפגע/ת / אפוטרופוס/ בא-כה:
--------	-----------------------------------

לשימוש משרד המרכז הרפואי:

שם המוש"ר/ית:	תאריך:	חתימת המוש"ר/ית (במידה ונכח/ה בעת מילוי הטופס)
---------------	--------	--