

כתב ויתור על סודיות רפואית.

מיועד לאפוטרופוס

אל: "דקלה חברה לביטוח בע"מ". תאריך: _____

אנו הח"מ מס' תביעה: _____

ת.ז. _____ וכן: _____

ת.ז. _____

אפוטרופוסים של _____ ת.ז. _____ (להלן "חסוי/חסויה") נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולקופת חולים, בית חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, וכן משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון, ו/או לכל חברות הביטוח ו/או אדם אחר כלשהו למסור ל"דקלה חברה לביטוח בע"מ" ו/או כל עובדיה ו/או כל שלוחיה ו/או כל סוכניה ו/או כל מי הבא מטעמה ו/או בשמה את כל המידע ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנ"ל על מצב בריאותו ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי של החסוי/חסויה ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלה בה ואנו משחררים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתו ו/או מחלתו של החסוי/חסויה הנ"ל ומוותרים על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הננו מייפים את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמינו בקשת עיון ולעיון, במידע אודות החסוי/החסויה המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

מבלי לפגוע לעיל, הרינו מתירים בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שם החסוי/החסויה במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם לחסוי/החסויה ומשלם לנו ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

שם המבוטח/ת: _____

כתובת: _____

ת.ז. _____

חבר בקופת חולים: _____ סניף: _____

שם הרופא המטפל: _____

חתימת האפוטרופוס 1 _____ 2 _____

עד לחתימה: _____ ת.ז. _____

תאריך: _____

מצ"ב צו מינוי אפוטרופוס