

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
ניידות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: ניידות

1 פרטים אישיים

1

קוד גמלה 15	מספר זהות/דרכון	תאריך התביעה שנה חודש יום	שם פרטי
שם משפחה			
חבר בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

2 הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \* \_\_\_\_\_