

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית ושר"ם



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית ושירותים מיוחדים

פרטים אישיים

1

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

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 או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_