



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה
מؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
إصابة العمل

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

تنازل عن السرية الطبية

اسم المخصصات: مخصصات إصابة
العمل

פרטים אישיים
تفاصيل شخصية

1

<p>תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה سنة</td> <td>חודש شهر</td> <td>יום يوم</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	שנה سنة	חודש شهر	יום يوم	_____	_____	_____	<p>מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر</p> <p>_____</p>	<p>קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p>60</p>
שנה سنة	חודש شهر	יום يوم						
_____	_____	_____						
<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p> <p>_____</p>		<p>שם משפחה اسم العائلة</p> <p>_____</p>						
<p>חבר בקופת חולים عضو في صندوق المرضى</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר </p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מוحدיית <input type="checkbox"/> مكابي <input type="checkbox"/> لتوميت <input type="checkbox"/> آخر </p>								

2 הצהרה
تصريح

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 אודותי.

انا الموقع ادناه, المذكورة تفاصيلي أعلاه في هذا الطلب, أتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عن مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي أتلقيه, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصيا.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____
تاريخ توقيع المؤمن