



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
عجز من العمل

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית
שם הגמלה: נכות מעבודה

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية
اسم المخصصات: عجز من العمل

פרטים אישיים
التفاصيل الشخصية

1

<p>קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p>11</p>	<p>מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر</p> <p>_____</p>	<p>תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة</p> <p>_____</p> <p>שנה חודש יום سنة شهر يوم</p>
<p>שם משפחה اسم العائلة</p> <p>_____</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p> <p>_____</p>	
<p>חבר בקופת חולים عضو في كوبات حوليم</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר كلاليت متوحدت مكابي لئوميت آخر </p>		

הצהרה
تصريح

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 אודותי.

אנא המועד אדנא, המזכורה תפאסילי אעلاه פי 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 شخصياً.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____
تاريخ _____ توقيع المؤمن