המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ניידות
مؤسّسة التأمين الوطني
مديرية المخصّصات
التنقّل

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית
שם הגמלה: ניידות

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية
اسم المخصّصات: التنقّل

1 פרטים אישיים
التفاصيل الشخصية

קוד גמלה رمز المخصصات	מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر	תאריך תביעה تاريخ تقديم الطلب	
15		שנה חודש יום سنة شهر يوم	

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي

חבר בקופת חולים
عضو في صندوق المرضى

❑ כללית (كلاليت) ❑ מאוחדת (مئوحيديت) ❑ מכבי (مكابي) ❑ לאומית (لئوميت) ❑ אחר (آخر) _____

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, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

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

תאריך _____ חתימת המבוטח ✘ _____
تاريخ توقيع مقدّم الطلب