

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה בל/7112

1. פרטים אישיים

- קוד גמלה - 30
- מספר זהות/דרכון
- תאריך התביעה - שנה, חודש, יום
- שם משפחה
- שם פרטי
- חבר בקופת חולים
 - כללית
 - מאוחדת
 - מכבי
 - לאומית
 - אחר _____

2. הצהרה

אני _____ הח"מ, מספר תעוזת זהות _____

- יחס קרבה לרשום מטה:
 - הורה
 - אפוטרופוס
 - אחר _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, המצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה _____