



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף שיקום

כתב ויתור על סודיות והרשאה למסירת מידע

שם הגמלה: שיקום

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	

פרטים אישיים

קוד גמלה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

אישור מסירת מידע על ידי הביטוח הלאומי

אני הח"מ שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מאשר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו או לבא כוחו למסור לי: _____
(להלן מבקש המידע), כל מידע או מסמך שביקש על אודותי והמצוי ברשותכם על מצבי הרפואי, התפקודי, הסוציאלי והשיקומי בעבר ובהווה, לרבות מידע על לימודים, אבחונים, חוות דעת וכן הטיפול שניתן לי ותוצאותיו וכן כל מידע על קצבאות ותשלומים מהמוסד לביטוח הלאומי להם אני זכאי והכל בהיקף הדרוש לצורך הטיפול בתביעתי ל_____.

אני משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופוסטר אותו או כל עובד מעובדיו או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת שמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת, ומוותר בזה על כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר לסודיות רפואית או לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או עובדיו או הבאים מכוחו.

תאריך _____ חתימה * _____

אישור מסירת מידע לביטוח הלאומי

אני הח"מ שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות ומבקש בזה מהגורם או הגורמים הבאים:

☐ שירותי בריאות/קופת חולים ☐ מוסדות להכשרה מקצועית או לימודים

☐ גורמי אבחון ☐ שירותי רווחה

☐ גורמי השמה ☐ אחר _____

לצורך הטיפול בתביעתי ל_____ למסור למוסד לביטוח לאומי, או לבא כוחו כל מידע בקשר למצבי הרפואי, התפקודי, הסוציאלי והשיקומי בעבר ובהווה, לרבות מידע על לימודים, אבחונים, חוות דעת וכן הטיפול שניתן לי ותוצאותיו, או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או סוציאלי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימה * _____