

כתב ויתור סודיות רפואית בל/5529

שם הגמלה : הבטחת הכנסה

1. פרטים אישיים

- קוד גמלה : 07
- מספר זהות/דרכון
- תאריך התביעה
- שם משפחה
- שם פרטי

חבר בקופת חולים

- כללית
- מאוחדת
- מכבי
- לאומית
- אחר _____

פרטי בן / בת הזוג

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות

חבר בקופת חולים

- כללית
- מאוחדת
- מכבי
- לאומית
- אחר _____

2. הצהרה

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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג _____