

מס' זהות																		
<table border="1"> <tr> <td>סוג</td> <td colspan="4">דפים</td> <td colspan="4">המסמך</td> </tr> </table>										סוג	דפים				המסמך			
סוג	דפים				המסמך													

**"ויתור סודיות רפואית"**

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

תאריך \_\_\_\_\_

**הנדון: כתב ויתור סודיות רפואית והרשאה למסירת מידע**

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד מעובדיו ו/או כל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו למסור ל \_\_\_\_\_ (להלן - מבקש המידע) כל מידע שיבקש אודותי והמצוי ברשותכם לרבות מידע על מצבי הרפואי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי, בעבר ובהווה וכן כל מידע הנוגע לנכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי ו/או לצורך ביצועו של החוק האמור וכן מידע על גמלאות ותשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שאני זכאי לקבל או היותי זכאי לקבל.

מבלי לגרוע באמור לעיל אני מתיר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו למסור כל מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי והנוגעים למצב הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי ו/או הנוגע לגמלאות ולתשלומים אחרים להם אני זכאי / הייתי זכאי לפי חוק הביטוח הלאומי, או לחובותיי לרבות דמי הביטוח וחובות אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי.

והריני משחרר(ת) ופותר(ת) אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת ומוותר(ת) בזה על כל טענה בקשר לסודיות רפואית או אחרת, בלי יוצא מן הכלל ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו למסירת מידע כאמור.

השם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_