



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי תאונה

1

קוד גמלה 50	מספר זהות/דרכון 	תאריך הפגיעה  יום חודש שנה
שם משפחה		שם פרטי
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____