



משרד הבריאות
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

נספח ב' לטופס בקשה להכרה בזכויות

הנדון: כתב ויתור על סודיות רפואית (פטירה)

שם המנוח *	מספר זהות המנוח *	מספר אישי בצה"ל
אנו החתומים/ים מטה הוריו ו/או אביו ו/או אמו ו/או אלמנתו ו/או ילדיו ו/או יורשיו החוקיים של המנוח נותנים/ים בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי/מוסד שיקומי, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולכל לקופת החולים, בית חולים על כל רפאיו ומחלקותיו, לכל פסיכולוג, פסיכיאטר, שלטונות צה"ל, משטרת ישראל, לשכה לשירותי רווחה, מוסדות חינוך, לכל חברות ביטוח, כל מוסד פיננסי לרבות בנקים ו/או כל גוף או אדם אחר כל שהוא, למסור למשרד הביטחון ולכל חברת ביטוח ישראלית ו/או לכל עובדיהם ולמי מטעמם או בשמם (להלן: "המבקשים") בהתאם לבקשתם מזמן לזמן, את כל המידע, הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרשו המבקשים, על מצבו הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או החינוכי של המנוח ו/או על כל מחלה שחלה בה המנוח בעבר וכל מידע לגבי שכר, הכנסותיו, זכויותיו של המנוח כפי שיידרש. אנו הח"מ משחררים אתכם וכל רופא מרופאים וכל עובד מעובדיכם וכל עובד רפואי ו/או עובד אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים או האחרים, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפכם ו/או כל מוסד חינוכי ו/או כל רשות מס ו/או כל מוסד אחר ו/או מקומות עבודה מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או מחלותיו ו/או מצבו הנפשי ו/או מצבו הסוציאלי ו/או הכלכלי של המנוח ו/או מצבו בתחום החינוכי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או עבודתו, הכנסותיו וזכויותיו ומתירים לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ו/או קובץ שנפתח על שמו של המנוח בכל מוסד ממוסדותיכם, ומוותרים על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עיזבון המנוח ובאי כוחנו החוקיים וכן מי שיבוא במקומו.		
שם קופת חולים *	שם הסניף	שם הרופא המטפל

חתימות היוורשים⁴

תאריך *	שם מלא *	מספר זהות *	קרבה למנוח (דרגה ראשונה) *	חתימה *
תאריך	שם מלא	מספר זהות	קרבה למנוח (דרגה ראשונה)	חתימה
תאריך	שם מלא	מספר זהות	קרבה למנוח (דרגה ראשונה)	חתימה

נחתם בנוכחות

שם מלא *	מספר זהות *	חתימת העד *
----------	-------------	-------------

⁴ במקרה של יורשים קטינים יחתום האפוטרופוס החוקי בשם כל קטין