

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																
<table border="1"><tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	שנה	חודש	יום				<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											60
שנה	חודש	יום																
שם פרטי		שם משפחה																

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

2 הצהרה

2

אני 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, תוצאותי או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____

