

## ויתור על סודיות רפואית

אני החתום/ה מטה:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	מס' טלפון

נותן בזה רשות לכל אדם, העובד או משרת בחיל הרפואה של צה"ל או במשרד הביטחון ולכל אדם או גוף, המטפל בחיילים או במיועדים לשירות ביטחון מטעמו או בשליחותו של חיל הרפואה של צה"ל או במשרד הביטחון, לרבות, בית חולים, קופת חולים, הסניפים השונים של מוסדות אילו, רופאים, עובדיהם, ו/או מי מטעמם ו/או כל עובד בתחום בריאות הנפש או/ו התחום הסוציאלי או/ו הסיעודי או/ו השיקומי (להלן "נותני השירות") למסור למדור פרט בלשכת הגיוס ולתא מתנדבים במיטב (להלן "המבקשים") את כל המידע על מצבי הבריאותי, המצוי בידי נותני השירותים, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים.

לעניין כתב ויתור על סודיות זה (על סעיפיו השונים) "מידע על מצבי הבריאותי" מידע על מצב בריאותי הן מהבחינה הפיזית והן מהבחינה הנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפול פסיכולוגי או/ו פסיכיאטרי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או/ו מידע על מצבי הסוציאלי או/ו הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על תשלומים שהשתלמו לי בגין מצבי הבריאותי.

הנני משתרר בזה את משרד הביטחון, צה"ל וחיל הרפואה של צה"ל, וכל אדם ומוסד שנמנו לעיל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע "למצבי הבריאותי" ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שפורטו לעיל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל נותני השירותים שנמנו בסעיף 1 לעיל, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור ולתפוצתו לאחר שנמסר.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות והאנשים המנויים על נותני השירותים שפורטו בסעיף 1 לעיל.

חתימת המלש"ב:

---

תאריך	שם + משפחה	ת.ז.	חתימה
-------	------------	------	-------