

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית - לרון

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך התביעה	
33		שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
חבר בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_