

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות - ילד נכה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך התביעה	
30		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, מספר תעודת זהות _____

יחס קרבה לרשום מעלה: הורה אפוטרופוס אחר _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, המצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המבוטח.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה * _____