

## טופס פניה לקבלת שירותים רפואיים בחו"ל, לחיפוש תורם מוח עצם בחו"ל או להבאת מנתח מחו"ל

### פרטים אישיים של התובע/ת:

שם משפחה (בעברית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (בעברית): \_\_\_\_\_

שם משפחה (בלועזית כפי שרשום בדרכון): \_\_\_\_\_ שם פרטי (בלועזית כפי שרשום בדרכון): \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מין: ז / נ

רחוב: \_\_\_\_\_ בית: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

מקום עבודה: \_\_\_\_\_ מקום עבודה של בן הזוג: \_\_\_\_\_

מחוז: \_\_\_\_\_ מרכז רפואי: \_\_\_\_\_ מרפאת אם: \_\_\_\_\_

חבר בתכנית:  מושלם משנת \_\_\_\_\_  פלטינום משנת \_\_\_\_\_

### יעד הנסיעה או שם המרכז הרפואי :

מרכז רפואי: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מדינה: \_\_\_\_\_ רופא מפנה לחו"ל: \_\_\_\_\_

שם הרופא המנתח בחו"ל: \_\_\_\_\_

פירוט הטיפול הנדרש:

ניתוח  השתלה  טיפולים  התייעצות  אחר

פירוט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ביטוח בריאות פרטי:

האם הנך מבוטח/ת בביטוח בריאות פרטי?

כן  לא

- החל מ \_\_\_\_\_ חברת ביטוח
- החל מ \_\_\_\_\_ חברת ביטוח
- החל מ \_\_\_\_\_ חברת ביטוח

### תאונת עבודה ו/או תאונת דרכים:

האם השירותים הרפואיים מתבקשים כתוצאה מפגיעה בעבודה? ו/או תאונת דרכים?  כן  לא

אם כן, תאריך הפגיעה: \_\_\_\_\_

האם פנית למוסד לביטוח לאומי?  כן  לא

האם אירוע הפגיעה הוכר כתאונת עבודה? אם הוכר, נא לצרף אישור הכרה.

השתתפויות קודמות של שירותי בריאות כללית ו/או שירותי הבריאות הנוספים של כללית בקבלת שירותים רפואיים בחו"ל:

### מסמכים מצרפים (יש להוסיף מסמכים - אנא סמני אילו מסמכים צירפת):

- המלצת רופא מטפל
- המלצת יועצים בכירים מבי"ח
- תיעוד רפואי אחר
- צילומי הדמיה - רנטגן, אולטרסאונד, CT, MRI,
- תעודת הכרה של המוסד לביטוח לאומי
- וכיו"ב כולל פיענוח הצילומים

## ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (יש למלא את הפרטים)

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ולקופת חולים, בתי חולים כלליים/פסיכיאטרים ו/או טיפת חלב, שירות בתי הסוהר ו/או החינוך ו/או קצין תגמולים ו/או קרן כל שהיא. כל רופא המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל מחלקת השיקום וכן משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון ו/או לוועדה רפואית אחרת ואדם אחר כלשהו למסור ל"דקלה סוכנת לביטוח בע"מ" ו/או מי מטעמם את כל המידע ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנ"ל על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הנפשי ובכלל זה, כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה. אני משחרר אתכם וכל רופא מרופאכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת השמירה על הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הנפשי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתי ו/או מחלות ומוותר על סודיות זו כלפי הנ"ל לא תהייה לי אליכם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור הסודיות הזה.

הנני מייפה את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמי בקשת עיון ולענין במידע המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם. מבלי לפגוע לעיל, הריני מתיר בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ו/או משלם לי ולא תהינה לי כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו אליכם בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

- כתב ויתור סודיות זה מחייב את עצבוני ילדיי וכל מי שיבוא במקומי.

שם העד \_\_\_\_\_

חתימת העד \_\_\_\_\_

מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

לחתימת המבוטח בלבד

- במידה ויש ברשותכם ייפוי כוח, יש להעביר את הטופס הנ"ל בחתימת מיופה הכוח ולצרף את צו המינוי.

חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת מיופה הכוח

הריני מצהיר/ה כי כל המידע והפרטים המצויינים בטופס זה הינם מלאים ונכונים, וכי לא החסרתי כל מידע או פרט או מסמך רלוונטי.

ידוע לי שמסירת מידע / פרטים כוזבים ו/או לא מלאים בודעין עלולים לפגוע בזכויותי.

הריני מייפה בזאת כוחה של דקלה/שירותי בריאות כללית, לפנות בשמי ובמקומי לכל צד ג', לרבות כל חברת ביטוח, לשם בירור זכאותי להשתתפות בהוצאות מימון הטיפולים הרפואיים.

שם פרטי ומשפחה	חתימה	תאריך