

INKF
העמותה לקידום
שמירת זכויות חולי הכליות

טלפון נייד- 050-2145199 | טלפקס סניף מרכז- 03-9341499 | נייד-052-3820433

אתר אינטרנט: www.inkf.org.il | E-mail: info@inkf.org.il | עמותה רשומה: 58-033-594-1

תאריך: _____

הנדון: פנייה לטיפול

מספר עמודים כולל דף זה

שם :

ת.י. :

כתובת:

טלפונים :

בית _____ עבודה _____ נייד _____ פקס _____

מצב בריאותי : מושתל כליה / מטופל בדיאליזה / מטופל פרה-דיאליזה / אחר

שם המכון בו אני מטופל בדיאליזה:

איש קשר (אחות, עו"ס וכד')

שם : _____
טלפון : _____

שם קופת החולים והמרפאה בו אני מטופל: _____

טל' המרפאה: _____

מהות הפניה / הבקשה:

מסמכים מצורפים:

1

.2

3

העמותה לקידום ושמירת זכויות חולי הכליות (ע"ר)

ת.ד. 53404, מיקוד- 91533, ירושלים | טלפון: 02-6730315 פקס: 02-6730316

טלפון נייד- 050-2145199 | טלפקס סניף מרכז- 03-9341499 | נייד-052-3820433

אתר אינטרנט: www.inkf.org.il | E-mail: info@inkf.org.il | עמותה רשומה: 58-033-594-1

טופס ויתור על סודיות

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	טלפון/נייד

נותן בזה רשות **לעמותה לקידום ושמירת זכויות חולי הכליות (ע"ר)** לפנות לכל עובד רפואי או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהם, עובדיהם, או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי או צבא הגנה לישראל או למשרד הביטחון או לכל עובד בתחום הסוציאלי (משרד רווחה) או סיעודי **ולקבל** את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/א כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם או משלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 ותחול על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן:

למרות כל האמור לעיל לא יחול כתב ויתור זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג "עמותה לקידום ושמירת זכויות חולי הכליות" (ע"ר) לקבל את כל המידע המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה	ת"ז
-------	-------------------	-------	-----

העמותה מבקש להבהיר כי אינה מהווה תחליף לגופים המקצועיים ו/או הרשמיים ומשמשת על תקן של ייעוץ בלתי מחייב בלבד