

לקוח יקר,

בהתאם לחוק, הינך זכאי לקבל עותק מהרשומות הרפואיות שלך.
באפשרותך לבחור את סוג המידע הנדרש (כגון: רפואת משפחה, א.א.ג, פיזיותרפיה,
עיניים, אורתופדיה ועוד...).

לצורך הגשת הבקשה לקבלת המידע הרפואי, הנך מוזמן לפנות למרכז הרפואי הקרוב
למקום מגוריך (נדרש להצטייד בתעודה מזהה).

לתשומת לבך, מסירת המידע כרוכה בתשלום. עלות כל תיק רפואי הינה 96 ₪, עד שני
רופאים להתמחות. כמו כן, תקרת חיוב לבקשות שהוגשו במהלך שנה קלנדרית אחת –
מחיר של 5 תיקים רפואיים בתוספת דמי משלוח עבור כל פניה.

הסכומים האמורים כפופים למחירון משרד הבריאות ויתעדכנו מעת לעת.

ככלל, בקשות תוגשנה במרכזים הרפואיים. במקרים חריגים בלבד ניתן להגיש בקשה לקבלת
מידע רפואי למדור איסוף מידע רפואי גם באמצעות משלוח הטפסים המצורפים (כתב ויתור
סודיות, ייפוי כוח אם נדרש וטפסים רלוונטיים נוספים) לכתובת: שפרינצק 23 ת"א מיקוד
6473815.

שים לב! בפנייה בכתב למדור איסוף מידע רפואי, חובה לצרף כתב ויתור סודיות. כמו כן,
חובה לצרף מסמכים מקוריים לבקשה.

טופס בקשה למידע רפואי ללקוח קופה (יש למלא את כל פרטי הטופס ולחתום מטה)

1

פרטי הבקשה

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מבקש להעביר לידי (לכתובת המצויינת במערכת המידע של לאומית שירותי בריאות) צילום תיקים רפואיים המצויינים מטה **בלבד**: (יש לסמן ב-X את תחומי הטיפול המבוקשים).
ידוע לי כי עלות כל תיק רפואי הינה 96 ₪ כפי שמתעדכן מעת לעת בכפוף למחירון משה"ב וכי קיימת תקרת חיוב להתמחות של שני רופאים. כמו כן, תקרת חיוב לבקשות שהוגשו במהלך שנה קלנדרית אחת – מחיר של 5 תיקים רפואיים בתוספת דמי משלוח עבור כל פניה.

תיקים רפואיים:

- כללי- משפחה, ראשוני, ילדים, פנימי
- א.א.ג.
- יילוד וגניקולוגיה
- אורטופדיה
- נירולוגיה
- כירורגיה כללית/כף יד/חזה/פה ולסת- **הקף בעיגול**
- פיזיותרפיה
- אחר: _____

או

- תיק רפואי מלא (**כל תחומי הטיפול**)

דוחות:

- דוח אחיות
- דוח מעבדות
- דוח תרופות

בקשתי מתייחסת לתיקים רפואיים בין השנים: _____ - _____.
*במידה ולא יצויינו השנים בגיבן נדרש המידע, יוזמנו תיקים מתאריך תחילת החברות ועד היום.

נפגעי במסגרת: תאונת דרכים / תאונת עבודה / אחר – מיום _____

2

חתימת הלקוח

תאריך	חתימה	מספר טלפון																																										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						<p>_____ x</p>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

מצ"ב טופס ויתור סודיות **מקורי** חתום וכן טופס בקשה **מקורי**, במידת הנדרש יש לצרף טופס ייפוי כוח **מקורי** חתום וכן מסמכים רלוונטיים נוספים **מקוריים**.
טלפון לברורים 03-6949699 שעות מענה טלפוני: 13:30-15:30