

טיפול בפניות של גורמי חוץ לקבלת מידע רפואי

פניות של גורמי חוץ לקבלת עותק מהרשומות רפואיות עבור לקוחות לאומית, ניתן להגיש במדור איסוף מידע רפואי באמצעות טופס בקשה ייעודי. יש לצרף לטופס הבקשה, טופס ויתור על סודיות רפואית חתום ע"י המבוטח עם אישור לחתימתו + טופס ייפוי כוח חתום וכן טפסים רלוונטיים נוספים במידת הנדרש.

שים לב! בפנייה בכתב למדור איסוף מידע רפואי, **חובה לצרף מסמכים מקוריים לבקשה.**

יש לשלוח את הבקשה בצירוף הטפסים המקוריים הרלוונטיים למדור איסוף מידע רפואי בכתובת שלהלן:

לאומית שירותי בריאות- מדור איסוף מידע רפואי
שפרינצק 19
מיקוד 6473815
ת"א

ניתן לשלוח את המסמכים (טופס בקשה, כתב ויתור סודיות וייפוי כוח) בצירוף מכתב הימצאות מקור (ניתן להוריד מהאתר של לאומית) ל- fax2mail: 153-3-6970378 או למייל:

LeumitMedicalInfo@leumit.co.il

לברורים ניתן לפנות למדור איסוף מידע רפואי בטלפון: 03-6949699
א, ב, ד: 12:30-14:30, ג, ה: 10:00-12:00
או למייל: LeumitMedicalInfo@leumit.co.il

טופס בקשה למידע רפואי לעו"ד לקוח (יש למלא את כל פרטי הטופס)

1. פרטי הבקשה
<p>בשם מרשי/מרשתי, מר/גב' _____ ת.ז. _____, אני מבקש להעביר לידי צילום מתיקו/ה הרפואיים המצויינים מטה בלבד: (יש לסמן ב-X את תחומי הטיפול המבוקשים).</p> <p>ידוע לי כי עלות כל תיק רפואי הינה 132 ש"ח כפי שמתעדכן מעת לעת בכפוף למחירון משה"ב וכי קיימת תקרת חיוב להתמחות של שני רופאים, כמו כן העלות המקסימלית בגין המצאת תיקים רפואיים הינה בגין עלות 5 תיקים רפואיים לשנה קלנדרית (לא כולל דמי משלוח).</p> <p style="text-align: right;"><u>תיקים רפואיים:</u></p> <p> <input type="checkbox"/> כללי- משפחה, ראשוני, ילדים, פנימי <input type="checkbox"/> א.א.ג. <input type="checkbox"/> יילוד וגניקולוגיה <input type="checkbox"/> אורטופדיה <input type="checkbox"/> ניירולוגיה <input type="checkbox"/> כירורגיה כללית/כף יד/חזה/פה ולסת- הקף בעיגול <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> אחר: _____ </p> <p style="text-align: right;"><u>או</u></p> <p><input type="checkbox"/> תיק רפואי מלא (כל תחומי הטיפול)</p> <p style="text-align: right;"><u>דוחות:</u></p> <p> <input type="checkbox"/> דוח אחיות <input type="checkbox"/> דוח מעבדות <input type="checkbox"/> דוח תרופות <input type="checkbox"/> דוח התחייבויות <input type="checkbox"/> דוח תוצאות הדמייה </p> <p>בקשתי מתייחסת לתיקים רפואיים בין השנים: _____ - _____.</p> <p>* במידה ולא יצוינו השנים בגיבן נדרש המידע, יוזמנו תיקים מתאריך תחילת החברות ועד היום.</p> <p style="text-align: right;">נסיבות הבקשה: תאונת דרכים / תאונת עבודה / תאונה אחרת / צורך רפואי / תביעה</p>

2. אופן המשלוח
<p style="text-align: right;"><u>בחר:</u></p> <p><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני מאובטח (ללא עלות משלוח)</p> <p>כתובת הדואר האלקטרוני: _____</p> <p>מס' נייד אישי: _____</p> <p><input type="checkbox"/> דואר רשום (בתוספת תשלום)</p> <p>לכתובת: _____</p>

**מצ"ב טופס ויתור סודיות מקורי חתום, טופס ייפוי כוח מקורי חתום וכן מסמכים רלוונטיים נוספים מקוריים.
(נא לצרף מכתב מקדים המציין את פרטי משרדך).**

טלפון לבריורים: 03-6949699 שעות מענה טלפוני: א, ב, ד: 12:30-14:30, ג, ה: 10:00-12:00
או במייל: LeumitMedicalInfo@leumit.co.il