

## כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (שם) \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ נותן בזה רשות לכל רופא או פסיכולוג המטפל בי ולכל מוסד רפואי בו טופלתי לרבות בית החולים, מרפאה או קופת חולים בה אני רשום (להלן מוסר המידע) למסור לרופא צבאי כל פרט ללא יוצר מן הכלל על מצב בריאותי על מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת לרבות טיפול רפואי או שיקומי שקיבלתי ככל שיתבקש על ידי הרופא הנ"ל, ואני משחרר את מוסר המידע מכל חובת סודיות שחלה עליו לפי דין או הסכם ביחס למידע המפורט לעיל, ומוותר על סודיות זו כלפי הרופא הצבאי

ויתור זה ניתן במסגרת בקשתו של תמועמד לשירות ביטחון.

---

שם מלא \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

לצורך טיפול ת"ש בצה"ל בשל נסיבותיו המשפחתיות ובכלל זה מצב בריאותי בחתימתי להלן אני מרשה לרופא הצבאי מקבל המידע להעביר לאנשים ולגופים שמעורבותם נדרשת בהליך הדיון וההחלטה בבקשה, כל מידע הנוגע אלי שיימצא ברשותו והנחוץ לקבל הלטת בבקשה הנ"ל.

---

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### אישור

אני הח"מ (שם) \_\_\_\_\_ מספר ת"ז \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ רופא/עו"ד (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי האדם שפרטיו המצוינים לעיל המוכר לי אישית/שזיהה את עצמו על ידי תעודת זהות נושאת מספר \_\_\_\_\_ חתם בפניי על כתב זה, לאחר שאישר כי קרא את המסמך והבין את הכתוב בו

---

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המאשר \_\_\_\_\_

---

חתימת גומי של הרופא

תאריך: \_\_\_\_\_

### חוות דעת פסיכיאטרית לבקשת הקלות בתנאי שירות

הטופס הנ"ל מופנה אלייך בעקבות פניית המלש"ב/ית \_\_\_\_\_ לטיפול פרט על רקע  
הבעיות הנפשיות של \_\_\_\_\_ שקרבנו למלש"ב: \_\_\_\_\_.

חוות דעתך תוכל לסייע לנו בקבלת החלטה לגב הקשתו. ניתן לצרף לטופס מסמכים בודדים התומכים  
ומאירים את המצב בכללותו על מנת שניתן יהיה לקבל תמונה מקיפה ומדויקת ככל האפשר לגבי המצב

אבחנה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מצב קליני עדכני: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

טיפול תרופתי: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

גורמי תמך פרט למלש"ב: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

עד כמה המצב חיוני מבחינת תמיכה? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך

חתימה + חותמת גומי

שם הרופא