



- בלמס -

## הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, שפרטי רשומים להלן, משרת / מועמד לגיוס\* כשוטר במשטרת ישראל

שם משפחה נוכחי	שם משפחה קודם	שם פרטי	שם האב

תאריך לידה	ארץ לידה	שנת עלייה

עיר/יישוב	רחוב	מספר בית

מספר ת.ז.	מספר אישי במשטרה	מספר אישי בצה"ל

מתחייב בזה למסור לרופא המשטרה או לכל בודק מטעמו ידיעות מלאות ונכונות על מצב בריאותי כיום ובעבר. הנני מוותר בזה על סודיות הפרטים הרפואיים שלי כלפי המוסדות הרפואיים, עובדי המוסדות הרפואיים, במוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו, רשויות צה"ל ואדם אחר כלשהו, ומשחרר אותם מחובת שמירה על סודיות רפואית בנוגע למחלותיי, לטיפולים שקיבלתי, אשפוזיי ומצב בריאותי בעבר, בהווה וכל עוד אני משרת במשטרה. הנני מסכים בזה שכל אחד מהנזכרים לעיל, אשר טיפלו בי, מטפלים בי או אשר נבדקתי על ידם או אבדק על ידם בתקופת שירותי במשטרה, ימסרו למשטרת ישראל או לכל מי שיבוא מטעמה לפי דרישתה, בכל זמן שהוא, את מכלול הפרטים ובצורה שתדרש על כושר עבודתי, על מצב בריאותי, כולל כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת.

עם חתימתי על הצהרה זו אני מוותר בזאת על כל תביעה מכל סוג שהוא נגד מי שימסור מידע בהתאם לאמור בהצהרה זו, או מי שפעל כן מטעמו.

ולראיה באתי על החתום: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

פרטי העד לחתימה:

מספר אישי \_\_\_\_\_ דרגה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_





## נספח - הצהרת ויתור על סודיות

מספר אישי בצה"ל

אני הח"מ:

חתימה

מס' תעודת זהות

שם משפחה

שם פרטי

מסכים בזה שמשטרת ישראל באמצעות נציגיה, תבדוק את הנתונים והמסמכים המצויים בתיקי האישי בצה"ל ובכוחות הביטחון.

ולראייה באתי על החתום:

חתימה

תאריך

פרטי העד לחתימה:

חתימה

תפקיד

שם משפחה

שם פרטי

דרגה

מספר אישי





שמור -  
(לאחר מילוי)

## הצהרת ויתור על סודיות רפואית וסודיות מידע

שם משפחה נוכחי	שם משפחה קודם	שם פרטי	שם פרטי נוסף	שם האב
מספר ת"ז	תאריך לידה	ארץ לידה	שנת עליה	

אני הח"מ, לאחר שקראתי והבנתי את תוכנו של מסמך זה, נותן בזאת רשות לכל רופא, או עובד רפואי, או מוסד רפואי, או פסיכולוג, או יועץ/ עובד במוסד רפואי או במוסד ציבורי אחר, למסור למבקש מטעם רשות ביטחון כהגדרתה בחוק הגנת הפרטיות תשמ"א – 1981 (להלן "רשות ביטחון") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי וכל ממצא רפואי לרבות מצב נפשי, שיקומי, תפקודי, או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כן גם מאשר בזאת לכל יועץ חינוכי ו/או יועץ אחר בעניינים אישיים, ו/או עובד סוציאלי (לפי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו-1996), המועסק בין במסגרת פרטית ובין במסגרת רשות מקומית ו/או כל מוסד ציבורי, חינוכי או פרטי, למסור למבקש מטעם רשות ביטחון את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי (לרבות מצב נפשי) ו/או הסוציאלי ו/או השיקומי.

אני משחרר בזה כל רופא או יועץ או עובד רפואי אחר, כל מוסד לרבות קופת חולים, בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מהמוסדות לעיל או פסיכולוג, או משרד הבריאות, לרבות המחלקה למידע והערכה בשירותי בריאות הנפש, מחובת שמירה על סודיות רפואית שחלה עליו על פי כל דין או אתיקה מקצועית - כלפי רשות ביטחון ו/או כל אדם הפועל מטעמה או בשליחותה, וכל אחד מהנמנים לעיל, מחובת שמירה על סודיות עפ"י החוקים שהוזכרו בכתב זה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כוחו של כתב ויתור על סודיות זה יפה גם לגבי חומר רפואי המצוי אודותיי אצל גופים ציבוריים או ממלכתיים אחרים. כתב זה יעמוד בתוקפו בהליכי בדיקות התאמתו לתפקיד אליו אני מועמד וכל עוד אשר בתפקיד מסווג.\*

### ולראיה באתי על החתום:

חתימה

תאריך

נחתם בפני נציג יחידת הביטחון:

שם פרטי ושם משפחה	מספר מזהה	תאריך	חתימה
-------------------	-----------	-------	-------





למועמד שהינו קטין (כלומר מתחת לגיל 18 ביום החתימה) חתימת הורה/אפוטרופוס נדרשת בנוסף לחתימת הקטין.

תאריך	שם מלא של ההורה/האפוטרופוס	חתימה

\*המסמך מיועד לנשים ולגברים כאחד למרות היותו מנוסח בלשון זכר.

\* לעניין בן הזוג של המועמד/המועסק - טופס זה יהיה תקף לגבי בן הזוג רק בתקופת בדיקת התאמתו הביטחונית של המועמד/המועסק.

