

בקשת מידע רפואי ע"י חבר מכבי או קרוב משפחתו

פרטי החבר שתיקו הרפואי מבוקש

שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות:	שם האב	תאריך לידה
כתובת:	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
				טלפון

פרטי מבקש המידע: שם מלא _____ ת"ז _____

חבר מכבי / יורש / אפטרופוס / בא כוח החבר שהוא קרוב משפחתו – בן זוג, הורה, הורה ההורה, אח / אחות / צאצא של כל אחד מאלה, לרבות אימוץ (הקף בעיגול).

המידע המבוקש ועלותו

- בעת מעבר קופה: תקציר התיק הרפואי שלי ושל כל ילדיי הקטנים – בלי תשלום
 - מידע רפואי מ-5 השנים האחרונות – 10 שנה
 - מידע רפואי מ-1.1.2011 ועד היום – חיוב לפי תעריף משרד הבריאות המפורט באתר מכבי
 - מידע מלפני 2011 ועד היום – חיוב לפי תעריף משרד הבריאות לכל תיק, עד לתקרה של 3 תיקים. מעל 10 עמודים לתיק - תיגבה תוספת של 1 ש"ח ל-2 עמודים.
 - מידע רפואי של נפטר ב-6 החודשים שקדמו לפטירה – 10 שנה
 - מידע רפואי של נפטר לתקופה של מעל 6 החודשים שקדמו לפטירה – חיוב לפי תעריף משרד הבריאות לכל תיק, עד לתקרה של 3 תיקים. מעל 10 עמודים לתיק - תיגבה תוספת של 1 ש"ח ל-2 עמודים.
- * תיק = רופא / מטפל פרה-רפואי / סוג בדיקה וכדומה.
- ** תעריפים אלו חלים רק כשהמידע מבוקש ע"י החבר או בא כוחו שהוא קרוב משפחתו. מידע שנמסר לבא כוח שאינו קרוב משפחה - יחיוב בהתאם לתעריפי משרד הבריאות.

אופן מסירת המידע

- מסירה אישית
- דואר רשום לכתובתי המעודכנת במערכות מכבי (נדרשת הזדהות במרכז רפואי של מכבי)
- מסירה למיופה כוח: שם מלא _____ תעודת זהות _____ (יש לצרף טופס ויתור סודיות מקורי של החבר לטובת מיופה הכוח).

פירוט התיקים הרפואיים הנדרשים / אחר:

האם נדרש גם מידע פסיכיאטרי / פסיכולוגי / עבודה סוציאלית?

- כן חתימה: _____
- לא

*לקבלת מידע בתחום זה יש לפנות למטפל ישירות. אם המטפל אינו פעיל, מכבי תסייע בהפקת המידע.

תאריך	שם מלא של מבקש המידע	חתימת מבקש המידע
_____	_____	_____

חתימה על קבלת המידע הרפואי:

תאריך	שם מלא של מקבל המידע	חתימת מקבל המידע
_____	_____	_____

*מטעמי נוחות הטופס מנוסח בלשון זכר, אך הוא מיועד לכולם.