

טופס פניה לקבלת שירותים רפואיים בחו"ל, לחיפוש תורם מח עצם בחו"ל או להבאת מנתח מחו"ל

פרטים אישיים של התובעת/ת:

שם משפחה (עברית): _____ שם פרטי (עברית): _____
 שם משפחה (בלועזית כפי שרשום בדרכון): _____ שם פרטי (בלועזית כפי שרשום בדרכון): _____
 ת.ז: _____ תאריך לידה: _____ / _____ / _____ מין: ז / נ
 רחוב: _____ בית: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____
 טלפון בבית: _____ - _____ טלפון נייד: _____ - _____
 מחוז: _____ מרכז רפואי/מרפאת אם: _____
 חבר בתכנית: מושלם משנת _____ פלטינום משנת _____

יעד הנסיעה או שם המרכז הרפואי:

מרכז רפואי _____ עיר _____ מדינה _____
 שם הרופא המנתח בחו"ל _____ (רופא מפנה לחו"ל) _____

פירוט הטיפול הנדרש:

ניתוח השתלה טיפולים תיעוד רפואי אחר התייעצות

פירוט: _____

ביטוח בריאות פרטי:

האם הנך מבוטח/ת בביטוח בריאות פרטי?

כן לא

- החל מ _____ חברת ביטוח _____
- החל מ _____ חברת ביטוח _____
- החל מ _____ חברת ביטוח _____

תאונת עבודה ו/או תאונת דרכים:

האם השירותים הרפואיים מתבקשים כתוצאה מפגיעה בעבודה? ו/או תאונת דרכים? כן לא
 אם כן, תאריך הפגיעה: _____

האם פנית למוסד

לביטוח לאומי? כן לא

האם אירוע הפגיעה הוכר כתאונת עבודה? אם הוכר, נא לצרף אישור הכרה.

השתתפויות קודמות של שירותי בריאות כללית ו/או שירותי הבריאות הנוספים של כללית בקבלת שירותים רפואיים בחו"ל:

מסמכים מצורפים (יש להוסיף מסמכים - אנא סמני אילו מסמכים צירפת):

- המלצת רופא מטפל המלצת יועצים בכירים מבי"ח חוות דעת רפואית אחרת
 תיעוד רפואי אחר צילומי הדמיה - רנטגן, אולטרסאונד, MRI, CT, תעודת הכרה של המוסד לביטוח לאומי
 וכיו"ב כולל פיענוח הצילומים

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (יש למלא את הפרטים)

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ולקופת חולים, בתי חולים כלליים/פסיכיאטרים ו/או טיפת חלב, שירות בתי הסוהר ו/או החינוך ו/או קצין תגמולים ו/או קרן כל שהיא.

כל רופא המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל מחלקת השיקום וכן משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון ו/או לוועדה רפואית אחרת ואדם אחר כלשהו למסור ל שירותי בריאות כללית ו/או מי מטעמם את כל המידע ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנ"ל על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הנפשי ובכלל זה, כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה. אני משחרר אתכם וכל רופא מרופאכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת השמירה על הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הנפשי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתי ו/או מחלות ומוותר על סודיות זו כלפי הנ"ל לא תהייה לי אליכם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור הסודיות הזה.

הנני מייפה את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמי בקשת עיון ולעיין במידה המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

מבלי לפגוע לעיל, הריני מתיר בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ו/או משלם לי ולא תהינה לי כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו אליכם בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

- כתב ויתור סודיות זה מחייב את עצבונני ילדיי וכל מי שיבוא במקומי.

שם העד _____

חתימת העד _____

מספר ת.ז. _____

תאריך _____

חתימה: _____

לחתימת המבוטח בלבד

- במידה ויש ברשותכם ייפוי כח, יש להעביר את הטופס הנ"ל בחתימת מיופה הכח ולצרף את צו המינוי.

חתימה: _____

חתימת מיופה הכח

הריני מצהיר/ה כי כל המידע והפרטים המצויינים בטופס זה הינם מלאים ונכונים, וכי לא החסרתי כל מידע או פרט או מסמך רלוונטי.

ידוע לי שמסירת מידע / פרטים כוזבים ו/או לא מלאים ביודעין עלולים לפגוע בזכויותי.

הריני מייפה בזאת כוחה של שירותי בריאות כללית, לפנות בשמי ובמקומי לכל צד ג', לרבות כל חברת ביטוח, לשם בירור זכאותי להשתתפות בהוצאות מימון הטיפולים הרפואיים.

הריני מייפה את כוחם של החתומים מטה לקבלת כל מידע רפואי ו/או עדכונים לגבי מצבי

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	קרבה	מס' טלפון נייד

ייפוי כוח וכתב התחייבות

אני, הח"מ, _____ ת.ז. _____, ממנה ומייפה את כוחה של שירותי בריאות כללית (להלן: "הכללית") לעשות בשמי ובמקומי את כל הפעולות הבאות או חלק מהן:

- לערוך כל בירור ולקבל כל מידע מכל חברת ביטוח לגבי כיסוי ביטוחי רפואי לו אני זכאי.
- לפעול בשמי ובמקומי לצורך קבלת מידע על כל פוליסת ביטוח הקיימת על שמי בכל חברת ביטוח, ולקבל כל מידע בנוגע לזכאותי במסגרת הפוליסה להחזרים בגין הוצאות רפואיות (לרבות טיפולים, אביזרים וכיו"ב).
- הריני מוותר על כל טענה או תביעה כנגד כל חברת ביטוח, לרבות עובדיה ושלוחיה, בגין מסירת מידע לכללית לפי ייפוי כוח זה.
- ידוע לי כי ככל שאני מחזיק בכיסוי ביטוחי נוסף ובמידה שהכללית תשתתף בהוצאותי הרפואיות במסגרת שירותי הבריאות הנוספים, הרי שזכותי לכיסוי הביטוחי בגין הרכיב ששולם על ידי הכללית, תועבר לכללית (בכתב המחאת זכות שייחתם בנפרד), ולשם כך אני מייפה את כוחה של הכללית לגבות ולקבל את תגמולי הביטוח על פי הפוליסה, בגין כל רכיב ששולם על ידה.
- אני מצהיר כי יש לי/ אין לי ביטוח בריאות פרטי בחברת _____.
- אני מצהיר ומתחייב כי ככל שאקבל שיפוי מצד גי בגין הוצאה רפואית זו, אשיב לכללית את מלוא התשלום ו/או את חלקו היחסי, לפי העניין.

ולראייה באתי על החתום:

_____ חתימה

_____ שם ומסי ת.ז.

_____ תאריך

אני, הח"מ, מאשר כי מר/גבי _____, ת.ז. _____ חתם/ה על ייפוי כוח בלתי חוזר זה לאחר שהבין/ה את תוכנו, ומאשר את נכונות החתימה שלעיל.

_____ חתימה

_____ שם ותפקיד המאשר

** אימות חתימה יבוצע ע"י נציג הקופה בסניף ו/או על ידי עו"ד/נוטריון מטעם המבוטח (במידה והמסמך נשלח אל הסניף)