

כתב הבהרות, ייפוי כח וויתור על סודיות רפואית

מרכז הסיוע לציבור הפועל במרכז הרפואי שיבא מציע ייעוץ משפטי ראשוני ואדמיניסטרטיבי חינם למבוטחי כל קופות החולים המבקשים לממש זכויותיהם על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק זכויות החולה ונהלי משרד הבריאות.

אני מצהיר ומאשר כי הובאו לידיעתי הפרטים הבאים:

1. הסיוע אינו כולל ייצוג משפטי, ואינו מחליף פנייה לעורך דין חיצוני.
2. אני לוקח/ת על עצמי את כל האחריות בגין קבלת הסיוע, ומתחייב/ת כי לא תהיה לי כל תביעה או טענה כנגד המרכז הרפואי שיבא ו/או עובדי מרכז הסיוע בקשר עם טיפולם בענייני.
3. אני יודע/ת כי אין בקבלת הסיוע ערובה להחלטה חיובית של הגורם המבטח למתן התחייבות עבור השירות. על כן, אם אבחר להפקיד פיקדון ו/או לשלם עבור שירות, ולא אציג התחייבות מאת הגורם המבטח עד למועד שנקבע, אחויב עבור שירות. אני יודע/ת כי אין קבלת הסיוע מבטלת או מעכבת את חובת התשלום עבור השירות.
4. אני מסכים/ה כי מרכז הסיוע, לפי שיקול דעתו הבלעדי, רשאי שלא לטפל בפנייתי או להפסיק את הטיפול בכל עת, ללא צורך בפירוט או הנמקה. במקרה כזה תינתן לפונה הודעה מסודרת ויוחזר לידי כל החומר שהעביר לצורך הטיפול בענייני.
5. הובהר לי כי במקרים מתאימים ניתן להגיש תביעות לבית הדין לעבודה במחוז מגוריו של הפונה וכי מרכז הסיוע לא יטפל בהגשת תביעות כאמור בשמי.
6. הנני מוותר על סודיותי הרפואית ונותן בזאת את הסכמתי לכך כי מידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי, הקיים במרכז הרפואי שיבא ו/או בקופות החולים ו/או במוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי אחר, יימסר למרכז הסיוע לציבור ו/או למי מטעמו וכן כי תהיו מוסמכים למסור מידע כאמור לגופים הנ"ל לרבות קופת החולים בה אני חבר ונציבות הקבילות ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי במשרד הבריאות.

אני מאשר כי קראתי את האמור במסמך זה, הבנתי את תוכנו והנני מסכים לתנאיו.

על כך באה חתימתי המהווה ייפוי כח עבורכם לפעול בשמי בנושא פנייתי:

_____	_____	_____
מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי
_____	_____	_____
טלפון נייד	כתובת	תאריך לידה
_____	_____	_____
חתימה	תאריך	