



טופס ויתור סודיות רפואית כלפי משרד הרווחה והביטחון החברתי

אני הח"מ _____ נותן בזה רשות לחברת הביטוח _____ למסור למשרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: "המשרד"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרוש המשרד, על הטיפולים שקיבלתי במסגרת ביטוח טיפולי שיניים שאני מבוטח בו על ידיכם. אני משחרר בזה אתכם או כל רופא מרופאיכם או כל עובד רפואי העובד עמכם או כל עובד רפואי אחר מעובדיהם או כל מוסד מהמוסדות אשר החברה מפנה אליהם לטיפולים לרבות בתי חולים, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע לטיפול השיניים המבוטחים על ידיכם כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המשרד ורק כלפי המשרד, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך: _____ חתימה: _____

שם _____ מספר ת.ז.: _____ מען: _____

שם העד: _____ עיסוק: _____ חתימה: _____