



א.ג.

הנדון: בקשה לקבלת אישור רפואי על אבחנות רפואיות שנקבעו בצה"ל

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מס' אישי בצה"ל
שם האב	רחוב	מס'	מיקוד

מבקש לקבל פרטים רפואיים מתקופת שירותי בצבא, (כולל אבחנות רפואיות קודמות אם היו).

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי או למוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי או לצבא הגנה לישראל או למשרד הביטחון למסור **לשב"ס** את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שתדרוש **שב"ס** על מצב בריאותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ואני משחרר אתכם או כל רופא מהרופאים או כל עובד רפואי אחר מעובדיכם או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים כולל בתי חולים כללים או פסיכיאטריים או שיקומיים או סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי **שב"ס** לא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים או רופאים או עובדיהם או מי מטעמם או נותני השירותים הנ"ל.

חתימה

תאריך

נא לשלוח את המידע הרפואי באחת מן האפשרויות:

לפקס: 08-9194111

או לכתובת: לשכת גיוס שב"ס, ת.ד. 81 רמלה מיקוד 72100.

*טופס לקבלת אישור רפואי על אבחנות רפואיות שנקבעו בצה"ל למילוי ע"י מעומד שב"ס.

לשכת גיוס שב"ס – ת.ד. 81 רמלה, 72100,

אתרינו באינטרנט : www.ips.gov.il

☎ : משרד: 08-9788932 , פקס : 08-9194111