



כתב הבהרות, יפוי כוח וויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ כתובת:

מס' זהות סלולרי : טל. קווי :

מצהיר/ה בזאת כלהלן:

כתב הבהרות

ידוע לי שהאגודה לזכויות החולה (להן האגודה), מציעה מידע וייעוץ ראשוני וסיוע חנינם לפונים המבקשים לממש את זכויותיהם על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק זכויות החולה ונהלי משרד הבריאות.

אני מצהיר/ה ומאשר /ת כי הובאו לידיעתי הפרטים הבאים:

הסיוע אינו כולל ייצוג משפטי ואינו מחליף פניה לעורך דין חיצוני.

אני לוקח/ת על עצמי את כל האחריות בגין קבלת הסיוע, ומתחייב/ת כי לא תהיה לי כל תביעה או טענה כנגד האגודה /או עובדיה /או מתנדבי האגודה /או כל מי שמטפל בפנייתי בעקבות פניה האגודה אליו, בקשר עם טיפולם בנושא פנייתי.

בנוסף אני מסכים/ה כי האגודה, לפי שיקול דעתה הבלעדי, רשאית שלא לטפל בפנייתי או להפסיק את הטיפול בכל עת, ללא צורך בפירוט או הנמקה. במקרה כזה, תינתן לפונה הודעה מסודרת ויושמד כל החומר שהעביר לצורך הטיפול בענייניו.

הובהר לי כי במקרים מתאימים ניתן להגיש תביעות לבתי המשפט המוסמכים וכי האגודה לא תטפל בהגשת תביעות בשמי.

כמו כן, הובהר לי כי נציבות קבילות הציבור מטפלת בפניות של מבטחים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכי לנציבות קבילות הציבור יש סמכות אכיפה על קופות החולים בהחלטותיה, במקרים המתאימים ואני רשאי לפנות ישירות לנציבות בנושא פנייתי.

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי בגיני פנייתי לאגודה, הקיים בקופות החולים ו /או במשרד הבריאות ו/או במוסד רפואי אחר, יימסר לאגודה לזכויות החולה.

הסכמתי זו באה לאפשר לאגודה ו/או למי מטעמה לפעול לסייע במימוש זכויותיי.

אהיה רשאי לחזור בי מן הסכמתי זו ולבטלה בכל עת על ידי מתן הודעה בכתב לאגודה ולכל מוסד רפואי אליו מועבר עותק של הסכמתי זו, לפי העניין.

הסכמתי זו תהא בתוקף לתקופה מוגבלת של שנה אחת בלבד מיום חתימתי.

יפוי כוח

אני מייפה את כוחה של האגודה או מי מטעמה, לפעול בשמי על מנת לממש את זכויותיי הנובעות מפנייתי אל האגודה לזכויות החולה.

אני מייפה את כוחה של האגודה לפנות בשמי לגופים הרלוונטיים לפנייתי ובהם קופת חולים, בתי חולים, משרד הבריאות, עמותות העוסקות בבריאות וכדומה, ולאפשר טיפול בעניינים הקשורים אלי.

יפוי כוח זה, אינו מהווה וויתור על זכויותיי, ואהיה רשאי לחזור בי ולבטלו בכל עת ע"י מתן הודעה בכתב לאגודה, ולכל מוסד רפואי ואחר אליו מועבר עותק יפוי הכוח, לפי העניין.

אני מאשר כי קראתי את האמור במסמך זה, הבנתי את תוכנו ואני מסכים לתנאים המצוינים בו. על כך, באה חתימתי המהווה יפוי כוח עבורכם לפעול בשמי בנושא פנייתי

חתימת הפונה או האפוסטרופוס החוקי

תאריך