

טופס הסכמה מדעת וכתב ויתור על סודיות רפואית לשירות ליווי פסיכו-סוציאלי
בגיר

- כל האמור לעיל הינו בלשון זכר לשם הנוחות ונכון לזהות מקבל השירות זכר/נקבה -

אני החתום מטה :

שם (פרטי ומשפחה) _____ מספר תעודת זהות _____

כתובת _____

מאשר בזאת הסכמתי לקבלת שירותי ליווי פסיכו-סוציאליים מחברת מדיקס שירותים רפואיים בע"מ (להלן: "מדיקס") בגין אירוע רפואי מזכה שאובחן ככזה על ידי רופא מומחה והכל כמפורט בכתב השירות (להלן: "השירותים") המצורף לפוליסת הביטוח שלי במנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: "מנורה").

הנני מודע לכך כי השירותים הינם בין היתר שירותי ייעוץ וטיפול נפשי וסוציאלי אשר יסופקו בפועל על ידי מטפלים שיוקצו על ידי מדיקס. הריני נותן בזאת מראש את הסכמתי למסירת כל מידע כהגדרתו להלן, הדרוש לקבלת השירות, להתייעצויות ולשיחות שתקיים מדיקס עם גורמים שונים שקשורים, במישרין או בעקיפין, במתן שירותים רפואיים עבורי לרבות העברת מידע, כהגדרתו להלן, בין מדיקס, המטפלים מטעמה ומנורה. כמו כן הנני מודע לכך כי השירותים לא יספקו מענה למקרים דחופים.

ידוע לי כי השירות מותנה בהשתתפות עצמית עבור כל פגישה ופגישה.

מאחר שהשירותים ניתנים לאדם המאובחן באחת או יותר מהמחלות המפורטות בכתב השירות ואינם מהווים תחליף לשירותים הרפואיים שיינתנו על ידי גורמים רפואיים שונים, אני מוותר בזאת באופן בלתי חוזר על כל טענה או תביעה או דרישה כלפי מדיקס או מי מטעמה בקשר עם השירותים הרפואיים שיינתנו לי כאמור על ידי גורמים רפואיים שונים.

ידוע לי כי מדיקס ו/או מנורה לא יהיו אחראים לכל אחד מהבאים: (א) נזק שיגרם לגוף או לרכוש בקשר עם תוכן השירות הטלפוני והפגישות האישיות והשלכותיהן בגין מעשה או מחדל של המטפלים או נותן שירות אחר אליו אופנה על ידי מדיקס או מי מטעמה; (ב) הוצאות שאוציא עבור טיפול החורג מהשירותים הניתנים במסגרת הפוליסה, לרבות הוצאות בגין טיפולים, תרופות, ציוד או חומרים כלשהם לצורך הטיפול אף אם נרכשו בעקבות המלצת מדיקס ו/או מטפל מטעמה ואשר אינם מכוסים בפוליסת ביטוח הבריאות שלי במנורה. אני מוותר בזאת על כל תביעה או דרישה או תביעה כלפי מדיקס ו/או מנורה ו/או מי מטעמן בקשר עם זכות לכיסוי בגין הנ"ל.

הריני מעניק בזאת רשות למדיקס ו/או לכל מטפל ו/או לכל מי שפועל מטעם מדיקס, בשליחותה או בעבורה ("המורשים") למסור מידע, כהגדרתו להלן, למנורה, למדיקס ולרופאים ומטפלים הפועלים מטעם מדיקס

בישראל ו/או לכל גורם רפואי ו/או אדם המעורב בענייני במסגרת השירותים המסופקים לי ע"י מדיקס בישראל והנני משחרר ופוטר את המורשים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע, ולא תהיינה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לגילוי המידע, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 ו/או חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

"מידע" - כל מידע לגבי אדם בעל פוליסה, המצוי ברשות מדיקס ו/או מטעמה לרבות מידע בנוגע למצבו הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי שלי, ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר, ו/או שהוא חולה בה כעת, ו/או התפתחויות שיחולו במצבו הרפואי בעתיד, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים וטיפולים אחרים.

תוקפו של כתב ויתור זה הוא לשנה אחת מתאריך חתימתי עליו. אולם, ידוע לי כי ביכולתי להביא כתב ויתור זה לידי סיום בכל עת ע"י מתן הודעה בכתב למדיקס.

_____ חתימה

_____ תאריך