



כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (שם) _____ (מספר תעודת זהות) _____

נותן בזה רשות לכל רופא או פסיכולוג המטפל בי ולכל מוסד רפואי בו טופלתי, לרבות בית החולים, מרפאה או קופת חולים בה אני רשום (להלן מוסר המידע) למסור לרופא צבאי כל פרט, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי, על מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות טיפול רפואי או שיקומי שקיבלתי, ככל שיתבקש על ידי הרופא הנ"ל, ואני משחרר את מוסר המידע מכל חובת סודיות שחלה עליו לפי דין או הסכם ביחס למידע המפורט לעיל, ומוותר על סודיות זו כלפי הרופא הצבאי.

ויתור זה ניתן במסגרת בקשתו של המלש"ב

_____ (מ.א./ת.ז.)

_____ (שם פרטי ושם משפחה)

להקלות בתנאי שירותו בצה"ל בשל נסיבותיו המשפחתיות ובכלל זה מצב בריאותי. בחתימתי להלן אני מרשה לרופא הצבאי מקבל המידע להעביר לאנשים ולגופים שמעורבותם נדרשת בהליך הדיון וההחלטה בבקשה, כל מידע הנוגע אלי שיימצא ברשותו והנחוץ לקבלת החלטה בבקשה הנ"ל.

_____ חתימה:

_____ תאריך:

אישור

אני הח"מ (שם) _____ (מספר תעודת זהות) _____

(כתובת) _____ רופא/ עו"ד (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי האדם שפרטיו מצוינים לעיל, המוכר לי אישית/ שזיהה את עצמו על ידי תעודת זהות נושאת מספר _____, חתם בפני על כתב זה, לאחר שאישר כי קרא את המסמך והבין את הכתוב בו.

_____ חתימת המאשר:

_____ תאריך:



תאריך: _____

טופס צהלי רפואי לבקשת הקלות בתנאי שירות

דף הסבר:

רופא משפחה שלום!

הטופס המצורף בזאת מופנה אלייך בעקבות פניית המלש"ב/ית _____ להקלה בתנאי השירות, על רקע בעיות רפואיות במשפחה.
חוות דעתך תוכל לסייע לנו בקבלת החלטה לגבי בקשתו.
נא למלא במקום המתאים את האבחנות הרפואיות עם דגש על סיבוכי המחלה בזמן הווה.
חשוב במיוחד נושא המצב התפקודי, על פי חוות דעתך והתרשמות הצוות הרפואי (אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק וכו').
ניתן לצרף לטופס מסמכים בודדים התומכים ומאירים את המצב בכללותו על מנת שניתן יהיה לקבל תמונה מקיפה ומדויקת ככל האפשר לגבי המצב.

מודים לך על שיתוף הפעולה



תאריך: _____

לכבוד: צה"ל

הנדון: אישור רפואי

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ שם האב: _____

ת.ז.: _____ קרבה למלש"ב: _____ שנת לידה: _____

מצב משפחתי: נשוי: _____, רווק: _____, אלמן: _____, גרוש: _____, אחר: _____

נמצא בבית/ מוסד זמני/ אחר: _____

אבחנות רפואיות: _____

סיבוכים בהווה + תדירות התקפים	טיפול	אבחנה

הערות: _____

ניתוחים:

סיבוכים בהווה	הניתוח

בדיקת מעבדה פתולוגית:



מצב תפקודי: (יש להקיף את המצב בעיגול).

1. מצב ההכרה: מלאה / מעורפלת / חוסר הכרה.
2. התמצאות: מלאה / חלקית / אינו מתמצא (במקום ובזמן).
3. תקשורת: תקינה / הפרעות בדיבור / קשיי שפה / אחר: _____.
4. ראייה: תקינה / לקויה / עיוורון / אחר: _____.
5. שמיעה: תקינה / לקויה / חירשות / אחר: _____.
6. נייחות: עצמאי / עצמאי עם מכשירים / עצמאי רק בבית / בכסא גלגלים קבוע / אחר: _____.
7. תנועת גפיים: תקינה / הפרעות בידיים / הפרעות ברגליים / _____ / אחר: _____.
8. רחיצה: תקינה / עזרה חלקית / עזרה מלאה / אחר: _____.
9. אכילה ושתייה: עצמאי / עזרה חלקית / עזרה מלאה / זונדה / אחר: _____.
10. הלבשה: עצמאי / עזרה חלקית / עזרה מלאה / אחר: _____.
11. הפרשת שתן: ספונטנית / הפרעות / צנתר / פנרוס / אחר: _____.
12. פעולת מעיים: רגילה / זקוק למשלשלים / ללא שליטה / אחר: _____.
13. שינה: זקוק לתרופות / זקוק לדפנות / אחר: _____.
14. אחר (פרט): _____.

בעיות סיעודיות והמשך טיפול: (צנתר, פצע לחץ, מכשירים, פיזיותרפיה וטיפולים אחרים).

עזרה סיעודית מטעם הקהילה:

1. מט"בית: _____.
2. שעות סיעוד מאושרות מביטוח לאומי: _____.
3. אחר: _____.

מעורבות משפחתית:

(תאריך ושעה)

(חתימה ידנית)

(שם הרופא)



תאריך: _____

חוות דעת פסיכיאטר לבקשת הקלות בתנאי שירות

הטופס הנ"ל מופנה אלייך בעקבות פניית המלש"ב/ית: _____ לטיפול פרט על רקע הבעיות הנפשיות של: _____ שקרבתו למשל: _____.

חוות דעתך תוכל לסייע לנו בקבלת החלטה לגבי בקשתו.

ניתן לצרף לטופס מסמכים בודדים התומכים ומאירים את המצב בכללותו על מנת שניתן יהיה לקבל תמונה מקיפה ומדויקת ככל האפשר לגבי המצב.

אבחנה: _____

מצב קליני עדכני: _____

טיפול תרופתי: _____

גורמי תמך פרט למלש"ב: _____

עד כמה המצב חיוני מבחינת תמיכה: _____

מודים לך על שיתוף הפעולה