

כתב ויתור על סודיות לצורך בחינת כשירות לנהיגה

אני החתום מטה, שם פרטי ומשפחה _____ בעל מספר זהות: _____ לאחר _____ שהופנית לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים במשרד הבריאות:

1. נותן בזה רשות למשרד התחבורה ולכל רופא או מטפל אחר ו/או עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה קופת חולים, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון או לכל גורם אחר שברשותו מידע רפואי או שיקומי אודותיי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותם למסור למכון הרפואי לבטיחות בדרכים שבמשרד הבריאות או הפועלים מטעמו (להלן: "המכון") את כל המידע ללא יוצא מהכלל, בין בכתב ובין בעל פה, ובאופן שידרוש המכון, על מצבי הבריאותי או השיקומי- הן מהבחינה הפיזית, הן מהבחינה הנפשית לרבות מידע הנוגע לטיפולים או אשפוזים בתחום בריאות הנפש, לטיפולים, בדיקות ואבחנות רפואיות, מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי וכל היוצא באלה הדרושים לפי שיקול דעת המכון לצורך קביעת כשירותו הבריאותית לנהיגה.

2. כן אני נותן בזה רשות למחלקה למידע והערכה שבשירותי בריאות הנפש למסור למכון מידע אודותיי הקיים במחלקה זו, ככל שקיים, ובכלל זה מידע על אשפוז פסיכיאטרי.

3. הובהר לי שהמכון הרפואי לבטיחות בדרכים יפנה לקבלת מידע כאמור בסעיפים 1 או 2 לעיל, רק ככל שימצא שמידע זה דרוש לצורך קביעת כשירותי לנהיגה.

4. בנוסף אני נותן בזה רשות למכון הרפואי לבטיחות בדרכים והפועלים מטעמו להעביר למשרד התחבורה, לכל גורם מוסמך שם או מי מטעמו, כל מידע שבידי המכון, ובכלל זה כל ממצאי הבדיקות שנערכו לי במכון פרטיהם ונימוקיהם. ככל שאיני מעוניין בהעברת מידע אודותיי למשרד התחבורה או מי מטעמו, זכותו לותר על בדיקתי במכון והודעה על כך תשלח על ידי המכון לגורם המוסמך במשרד התחבורה.

5. הנני משחרר את מחזיקי המידע כאמור בסעיפים 1 או 2 לעיל, ואת המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמם או בשליחותם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המכון הרפואי לבטיחות בדרכים והגורמים המוסמכים במשרד התחבורה, ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

6. כתב ויתור סודיות זה תקף אך ורק לצורך בחינת כשירות בריאותית לנהיגה.

תאריך: _____ חתימה: _____

במקרה של נבדק שטרם מלאו לו 18 שנה יחתום על טופס זה הנבדק וכן אחד מהוריו/ אפוטרופוסו (לפי העניין).

פרטי עד לחתימה:

עובד המכון הרפואי, עובד משרד הרישוי, עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח.

שם פרטי ומשפחה: _____ מספר תעודת זהות: _____

כתובת: _____ מספר רישיון: _____

תפקיד: _____ חותמת: _____ חתימה: _____