

מדינת ישראל - משרד הבריאות  
החטיבה לעניני בריאות

# מינהל רפואה

חוזר מס' 85/96

ירושלים, כא' בסבת התשנ"ז  
31 בדצמבר 1996

תיק מס' 15/5

אל: מנהלי האגפים הרפואיים - קופות החולים

הנדון: נהל העברת מידע רפואי בין קופות החולים

הננו להביא בזאת לידיעתכם הנחיות להעברת מידע בין קופות החולים. הנחיות אלה מיועדות למקרים בהם מבוסח בקופה אחת עובר לקופה אחרת ו/או במקרה של שרות שניתן בעבר ע"י קופה אחת ואח"כ ניתן ע"י קופה אחרת.

1. עקרונות/כללים:

- 1.1. מידע רפואי ימסר למבוסח לאחר הגשת בקשה בכתב למידע רפואי.
- 1.2. במקרים בהם המבוסח מבקש למסור מידע רפואי לבא כוחו, יצורף לבקשתו יפוי כח וכתב ויתור על סודיות.
- 1.3. העברת מידע רפואי מקופת חולים אחת לשניה לצרכי סיפול רפואי תעשה ללא תשלום.
- 1.4. קופ"ח חייבת למסור מידע מתוך הרשומה הרפואית קרי - העתקים/צילום הרשומה, או חלקים ממנה ובלבד שהמידע שימסר יהיה מלא ובהתאם למבוקש.
- 1.5. קופ"ח חייבת למסור את המידע הרפואי המבוקש תוך 30 יום מיום קבלת הבקשה למידע רפואי.

## 2. גורם מבקש מורשה

להלן רשימת הגורמים מסעם הקופה המורשים לבקש מידע רפואי:

- 2.1. רופא או, גורם מוסמך אחר מסעם הקופה הפונה באופן ישיר.
  - 2.2. רופא או, גורם מוסמך אחר מסעם הקופה הפונה באמצעות המבוסח.
  - 2.3. למותר לציין כי, המבוסח עצמו רשאי לקבל כל מידע רפואי מתוך הרשומה הרפואית.
3. מהות המידע הנמסר: נתונים על מצב בריאותו של אדם כולל רשימת האבחנות והתרופות, היסטוריה סיפולית ו/או אשפוזית ושרותי אבחון ספציפיים (מכונים ומעבדות), המצויים בידי נותני השרותים המפורטים בהתאם לסופס בקשה.
4. שיטת הפניה: ניתן להענות לבקשה ע"ג סופס בקשה מצד הגורמים המורשים בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 4.1. פניה ישירה (פיסית בליווי סופס הבקשה).
  - 4.2. פנייה באמצעות מכתב רשום מלווה במסמכים הנדרשים באמצעות הדואר או הפקס (אין להעביר את המידע המבוקש באמצעות הפאקס למעט במקרי חרום).
5. אחריות וסמכות למסירת מידע רפואי - להלן רשימת הגורמים אליהם ניתן לפנות בבקשה לקבלת מידע רפואי:
- 5.1. מידע המצוי אצל רופאי הקופה (שכירים או עצמאיים) ונותני שרותים פארה-רפואיים עצמאיים הקשורים עם הקופה:  
אחריות הטיפול והסמכות למסירת מידע רפואי מוסלת על רופאי הקופה (שכירים ו/או עצמאיים) או נותני שרותים פארה רפואיים עצמאיים הקשורים עם הקופה כאשר הבקשה מתייחסת למידע רפואי המצוי ברשותם ובארכיב הקופה.
  - 5.2. מידע המצוי ברשות מרפאות, מכונים, מעבדות ומתקני קופה אחרים:  
אחריות הטיפול והסמכות למסירת מידע רפואי לגבי מידע רפואי המצוי ברשות מרפאות, מכונים, מעבדות ומתקני קופה אחרים, מוסלת על "אחראי מסירת מידע" (עובד קופה אשר מונה כאחראי מסעם הקופה על ריכוז הטיפול במסירת מידע רפואי).
  - 5.3. העברת מידע ממסגרות מיוחדות:
    - 5.3.1. תחנות לבריאות המשפחה - המידע הנמסר יכלול את כל המידע המבוקש, המצוי בידי הגורמים הנמענים והמפורס בבקשה. במקרה זה אופן הפנייה יהיה באמצעות המבוסח והחומר הנדרש ימסר לידי המבוסח באופן אישי.

5.3.2. מרפאות תעסוקתיות - המידע הנמסר יכלול את כל המידע אודות המבוטח בתחום זה, המצוי בידי המרפאה התעסוקתית. הפנייה בבקשה למידע רפואי ומסירתו במקרה זה, תתבצע באופן ישיר בין המרפאות התעסוקתיות.

5.4. בנוסף לאמור לעיל, רשאית קופת חולים לקבוע כי, ההנהלה הרפואית של הקופה באזור, תהיה אחראית ומוסמכת למסור מידע רפואי אודות מבוטח לידי המבוטח, רופאו או, הגורם המוסמך מטעם הקופה אליה עבר המבוטח.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר ס ה

ד"ר י. גרלביץ  
ראש מנהל הרפואה

לוס: דוגמאות ספסי בקשה לקבלת מידע, כתב וויתור סודיות ודו"ח סיכום מידע רפואי.

העתק: המנהל הכללי

המשנה הרפואי למנהל הכללי  
מנהלי בתי החולים הכלליים  
ס/מנכ"ל לכלכלת בריאות וביטוח רפואי  
נציב קבילות הציבור  
היועצת המשפטית  
דובר המשרד  
אחות ראשית ארצית  
ראש שרותי בריאות הציבור  
רופא מחוז - לשכות בריאות  
ראש שרותי בריאות הנפש  
מנהל האגף לגריאטריה  
מנהל האגף לרפואה כללית  
ראש השרות לבריאות העובד  
מנהל האגף לשרותי מידע ומיחשוב  
רשמת רפואית ארצית  
מנהל האגף למקצועות רפואיים  
מנהל האגף לאבטחת איכות  
מנהל המחלקה לרפואה קהילתית  
הממונה על רישוי מוסדות רפואה ומכשירים רפואיים מיוחדים  
מנהלת המחלקה לאם ולילד  
מנהל המחלקה לאפידמיולוגיה  
מרכזת המועצות הלאומיות  
מנהלת הספרייה הרפואית  
מנהל אגף ביקורת פנים  
קרפ"ר - צ.ה.ל.  
קרפ"ר - משטרת ישראל  
קרפ"ר - שרות בתי הסוהר  
מנהלת האגף הרפואי - המוסד לביטוח לאומי  
מנהל אגף השיקום - משרד הביטחון  
הרופא הראשי, השרות למפגר, משרד העבודה והרווחה  
יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל  
יו"ר ארגון רופאי המדינה  
יו"ר המועצה המדעית - הר"י

20188/צה

תאריך \_\_\_\_\_

סיכום מידע הפואי מדכני

(לקראת העברה למוסד אחר)

ת"ז \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_

מין: ז / נ תאריך לידה \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

סלפון: \_\_\_\_\_

1. בעיות פעילות או כרוניות: (הגדרת הבעיה וסיכום קצר)

\_\_\_\_\_ (1)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (2)

\_\_\_\_\_

2. אישפוזים:

תאריך האישפוז	שם בי"ח	סיבת האישפוז

3. מידע רלבנטי נוסף: (רגישויות, ניתוחים, גורמי סיכון)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. מעקב בבית-חולים. מרפאות מיעצות: (לפרט סיבה ומקום המעקב)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

/2..

5. בדיקות הדמיה מיוחדות: (US, MRI, CT) שבוצעו בשנתיים האחרונות:

---

---

---

6. סיבול תרופתי קבוע:

---

---

---

הערות:

---

---

---

הצהרת הרופא:

המידע נמסר לפי בקשתו של הנ"ל, ובהסכמתו המלאה.

המידע ניתן לפי מיסב ידיעתי ועפ"י הרשומות הרפואיות שלפני, אך אינו מהווה ערובה לאי קיום מידע רפואי נוסף שאינו ידוע לי בעת כתיבת מסמך זה.

חותמת וחתימת הרופא המספל

תאריך

העתק: תיק רפואי אישי, הנהלה רפואית

**סופס בקשת מידע רפואי**

הצהרת החבר

.1

1.1 אני החתום מסה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם האב	תאריך לידה
----------	---------	----------	--------	------------

כתובת:	יישוב	רחוב	מס' בית	מיקוד	סלפון
--------	-------	------	---------	-------	-------

מבקש כי תמסרו לי/לבא כוחי \*\*/אחר, פרט \_\_\_\_\_ מידע המצוי בהחזקתכם אודות פרוט מצב בריאותי/מצב הבריאות של בני/בתי מס' ת"ז \_\_\_\_\_

להלן פרוט המידע המבוקש וגורמים אשר מידע זה נמצא ברשותם:

מס'ד	שם הרופא/מכון מעבדה וכו'	המידע המבוקש	מועד מדוייק/ משוער בו ניתן השירות הרפואי
.1			
.2			
.3			
.4			
.5			
.6			
.7			
.8			
.9			
10			

ייפוי כח

.2

הנני מיפה את כוחו של \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

\_\_\_\_\_ תאריך      \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה      \_\_\_\_\_ חתימה

\* מצ"ב סופס ויתור על סודיות רפואית.

ביתור על סודיות רפואית

אני החתום מסה נותן רשות לקופת-חולים ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשליחותה למסור למוסד לביטוח לאומי, קופת-חולים, ולגורמים רפואיים אחרים להלן: "המבקש" את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש על-ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או פרטים רפואיים על ילדי הקטינים והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאות ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל סענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.

רטי הח"מ:

שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

שם האפוסטרופוס \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס \_\_\_\_\_  
(במקרה של קסין או פסול דין)

תאריך \_\_\_\_\_ מקום החתימה \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

פרטי העד לחתימה:

שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_