

בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות**הנדון: בקשה להשתתפות במימון תרופה**

להלן טופס בקשה להשתתפות במימון תרופה.
נבקשך להעביר אלינו את הטופס כאשר החלק הראשון מלא וחתום על ידי הרופא המטפל, חלקו השני וטופס וויתור הסודיות הרפואית המצורף מלאים וחתומים על ידך.
אל טופס זה יש לצרף מסמכים רפואיים הקשורים לבעיה הרפואית בגינה נדרשת התרופה. כמו כן, יש לשמור את העתקי המרשמים ואת הקבלות המקוריות אותם תתבקש להעביר אלינו אם וכאשר תאושר התביעה.
נבקשך להחזיר את הטופס לכתובתנו המופיעה במכתב זה.

בכבוד רב,

איי די איי חברה לביטוח בע"מ

בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות

*******למילוי ע"י הרופא המטפל*******

אני מכיר את החולה מתאריך: _____.

_____ החולה סובל מבעיה זו מתאריך: _____.

_____ אבחנה רפואית נוכחית: _____.

_____ תאריך זיהוי המחלה לראשונה: _____.

_____ שם התרופה המומלצת: _____.

_____ מתי החל החולה לקחת את התרופה ולכמה זמן הוא זקוק לה?: _____.

נא לסמן: () נמצא בסל הבריאות () לא נמצא בסל הבריאות

_____ לא משולם ע"י קופ"ח מהסיבה: _____.

_____ הערות: _____.

_____ תאריך: _____ שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____.

_____ כתובת: _____ טלפון: _____.

בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות

*******למילוי ע"י המבוטח*******

שם המבוטח: _____

תאריך לידה: _____

מספר תעודת זהות: _____

כתובת: _____

טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____ פקס: _____

אני חבר בקופת חולים: _____ החל מתאריך: _____

בעבר הייתי חבר בקופת חולים: _____ מתאריך: _____

שמות הרופאים המטפלים: _____

רופא כללי: _____

רופא מקצועי (מומחה): _____

מטופל בבית חולים: _____

מרפאות חוץ/מרפאה מקצועית בתחום: _____

תאריך רכישת התרופה לראשונה: _____ עלות התרופה: _____

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____

טופס ויתור סודיות רפואית

שם ומשפחה _____ כתובת _____

מס' הזהות _____ מס' אישי בצה"ל _____

שם קופ"ח וכתובת הסניף: _____

1. אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד, כל רופא, כל מעבדה רפואית, כל מוסד פסיכיאטרי וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי "אי.די.איי." – חברה לביטוח בע"מ" (שתקרא להלן – "אי.די.איי").

2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, תשלומים של המוסד לביטוח לאומי וכן מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור ל"אי.די.איי." או לבאי – כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד – את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי בעבר או בהווה.

3. הריני מאשר לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או שאני מבוטח בה כיום ו/או לכל מוסד אחר ו/או מקום עבודה להעביר ל"אי.די.איי." כל מידע ו/או מסמך לגבי תביעה ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה וכן את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה.

4. הריני מאשר לכל מוסד ו/או מרפאה ו/או רופא שטיפל בי בתחום הנפש לרבות פסיכולוגים ו/או פסיכיאטרים להעביר ל"אי.די.איי." את כל הפרטים ו/או המסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי הנפשי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה לרבות פרטים על טיפול תרופתי שהומלץ לי ו/או שקיבלתי.

5. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"אי.די.איי." או לבאי – כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד.

6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי עפ"י דין וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי היום על החתום:

תאריך _____ חתימה _____

במקרה של קטין:

שם האם _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____