



-טופס בקשה לקבלת נשק צבאי בהליך הרשאה אישית/זמנית-

מפקדת פיקוד מרכז
ה ג מ " ר

-שמור-

1. כתב ויתור על סודיות רפואית(טופס ויתור על סודיות רפואית לשם מסירת מידע רפואי לאחר:

1. אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מ. אישי
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
			טלפון

נותן בזה רשות לכל אדם, חעובד במוסד רפואי כלשהו, פרטי או ציבורי, לרבות מרפאות, בית חולים, קופת חולים, הסניפים השונים של מוסדות אלו, רופאים, עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או כל אדם המשרת בחיל הרפואה ו/או כל עובד בתחום בריאות הנפש ו/או התחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי (להלן: "נותני השירותים") למסור לראש מדור רישוי נשק במפקדת המשטרה הצבאית (להלן "המבקש") את כל המידע על מצבי הבריאותי המצוי בידי נותני השירותים, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש.

לעניין כתב ויתור על סודיות זה (על סעיפיו השונים) - "מידע על מצבי הבריאותיים": מידע על מצב בריאותי הן מהבחינה הפיזית והן מהבחינה הנפשית - לרבות מידע הנוגע לטיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או מידע על מצבי הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על תשלומים המשתלמים לי בגין מצבי הבריאותי.

2. הנני משחרר בזה את כל נותני השירותים שנמנו לעיל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע ל"מצבי הבריאותיים", ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם למבקש.

3. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תחא לי אל נותני השירותים שנמנו בסעיף 1 לעיל, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור ולתפוצתו לאחר שנמסר.

4. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות והאנשים המנויים על נותני השירותים שמרטו בסעיף 1 לעיל.

5. למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורס להלן:

ייפוי כוח

הריני מייפה את כוחו של: צה"ל פקמ"ז הגמ"ר לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך חתימה

2. אישור רופא משפחה

הרני לאשר מצב בריאותי של:

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	מספר אישי
---------	----------	------------	-----------

המתגורר בישוב:

מאפשר/לא מאפשר לו לשאת נשק

חותמת רופא הנושאת שם פרמי, שם משפחה, מספר רשיון

תאריך