

תאריך: _____

לכבוד
שירות תיאום טיפול בתוכניות שיקום
חברת "דיאלוג"

הנדון: הפנייה לקבלת שירות תיאום תכניות שיקום- טופס ויתור סודיות

טופס ויתור סודיות זה רלבנטי רק בכפוף להחלטת וועדת שיקום ואישורה לזכאות לשירות תיאום טיפול
הערה: יש להקפיד למלא את כל הפרטים הנדרשים על גבי הטופס. את הטופס יש לשלוח כצרופה בטופס מקוון סל שיקום

| | | | | |
|--|--|--|--------|---|
| שם פרטי: | | שם משפחה: | | מ.ז.: |
| כתובת מגורים: (אנא הקפד למלא את שם הרחוב, מס' הדירה ושם הישוב) | | סטטוס מגורים: (סמן את האפשרות המתאימה) לבד / משפחה / שותף / דיור מוגן / הוסטל | | |
| טלפונים ליצירת קשר (הקפד למלא את המספר האישי שלך ושל גורם נוסף הנמצא אתך בקשר) | | 1) מספר טלפון אישי: | | 2) גורם נוסף: (חובה) |
| כתובת מייל אישי: | | כתובת מייל בן משפחה/גורם נוסף: | | |
| שם: | | כתובת: | טלפון: | אפטרופוס: לגוף / לרכוש (סמן את האפשרות המתאימה) |
| גורם מפנה/גורם שיקומי מעורב: | | שם המסגרת: | | טלפון: |
| | | | | כתובת מייל: |
| פסיכיאטר מטפל: | | מרפאה: | | טלפון: |
| | | | | כתובת מייל רופא: |
| למילוי ע"י יו"ר הועדה (סמן את האפשרות המתאימה) ישום ראשון <u>או</u> ישום חוזר | | | | |

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ מבקש בזה לאשר לחברת דיאלוג או לבאי כוחה או למי שפועל מטעמה למסור ו/או לקבל כל מידע ובכלל זה מידע על אשפוזים פסיכיאטריים כפי שהתקבל במשרד הבריאות בקשר למצבי הרפואי והנפשי ולתהליכים הקשורים לתוכנית שיקומית שלי ואת כל הפרטים אודות השירותים הניתנים לי בסל שיקום, זאת בכדי שמתאם הטיפול יוכל לראות תמונה רחבה ולסייע לי בתכנית השיקום האישית שלי.

שם: _____ חתימה: _____

אפטרופוס – גוף / רכוש / כללי: שם _____ חתימה _____

** טופס ויתור סודיות זה רלבנטי רק בכפוף להחלטת וועדת שיקום ואישורה לזכאות לשירות תיאום טיפול

