

הצהרה להסכמת מטופל/ת להשתתפות בסדנאות כללית ולקבלת שירותי רפואה

וייעוץ באופן מקוון ("מרחוק") / פרונטלי

כמבוטח/ת של שירותי בריאות כללית (להלן: "שירותי בריאות כללית") במסלול [רגיל/זהב/פלטינום] ו/או מטופל באחד מבתי החולים שבבעלות שירותי בריאות כללית, המעוניין/ת להשתתף בסדנת/סדנאות קבוצתיות, מטעם שירותי בריאות כללית, אשר מתקיימת באופן מקוון ודיגיטלי ("מרחוק") (להלן: "שירותי הבריאות מרחוק") או באופן פרונטלי.

הנני מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת, בטרם השתתפתי בסדנה (אם פרונטלי ואם דיגיטלי מרחוק), כדלקמן. כן מובן לי כי חלק מהתנאים המפורטים מטה ישימים אך ורק בעת שימוש בכלים דיגיטליים בקשר לסדנאות ואינם ישימים בסדנה פרונטלית:

ידוע לי כי:

1. פנייתי מתועדת באופן מלא על ידי שירותי הבריאות מרחוק, ובעצם סימון התיבה "אני מקבל/ת את תנאי השימוש" אני מסכים/ה להם ומצהיר/ה בזאת, כי הפרטים האישיים ונתוני הזיהוי שאני מוסר/ת הם מלאים ומדויקים. אני מאשר/ת בזאת כי ידוע לי, שעשיית שימוש בפרטים אישיים ובנתוני זיהוי אשר אינם שלי, או מסירה של פרטים אישיים ונתוני זיהוי אשר אינם בסמכותי על פי דין ו/או ללא הרשאה הינה אסורה, מהווה פגיעה על פי חוק הגנת הפרטיות, עלולה לגרור ענישה פלילית, ואני מתחייב/ת לפצות ולשפות את שירותי בריאות כללית ו/או מי מטעמה ו/או ספקים התומכים במתן השירות על כל נזק שייגרם בגין שימוש בפרטים אשר אינם שלי ו/או עקב שימוש במערכת תוך התחזות לאחר.

2. בעת פנייתי לשירותי בריאות מרחוק זה, הנני נותן/ת את הסכמתי המתמשכת כנדרש בחוק לטיפול, לרבות לביצוע התייעצויות מקצועיות והעברת המידע הרפואי למטפלים אחרים, כמקובל בקופת החולים, המעניקה שירותי בריאות, ובהתאם לשיקוליה הרפואיים והמקצועיים.

3. השירות המוצע: : השתתפות בסדנאות אונליין קבוצתיות רבות-משתתפים מקוונות (כשרות בריאות מרחוק) או פרונטליות, מול מנחה ו/או מטפלת.

4. ידוע לי כי אין עלי כל חובה למסור או לשתף מידע אישי שלי מכל סוג שהוא בסדנה קבוצתית (להלן – "הסדנה"), והדבר נתון להחלטתי. כמו כן ידוע לי כי עשויה להיפתח, לפי החלטת שירותי בריאות כללית, קבוצת ווטסאפ למשתתפי הסדנה, אליה אוכל להצטרף לפי בחירתי. עם זאת, כל מידע אשר אבחר לחלוק בכל דרך במסגרת השתתפותי בסדנה, בין אם מדובר במידע כללי או מידע אישי, רגיש, רפואי או חסוי על אודותיי, ייחשף בכך במהלך השיחה הקבוצתית המקוונת ו/או הפרונטלית למטפלת ו/או מנחה הקבוצה וכן למשתתפיות הקבוצה האחרים/ות, ובחתימתי על כתב הצהרה זה הנני מאשר/ת כי הנני מודעת/ת לכך, כאמור, ומסכימה לחשיפה זו.

5. ידוע לי כי השתתפות בסדנה אינה מהווה תחליף לטיפול רפואי אישי/פרטני. כמו כן, בכל מקרה של בעיה דחופה, מקרה חירום או מצב מצוקה (גופני ו/או נפשי) יש לי אפשרות לפנות לקבלת טיפול רפואי מיידי, למלר"ד של בית-חולים או למוקד רפואי אחר, המספק שירותי רפואה דחופה, כגון מד"א. למען הסר ספק אין באמור לעיל כדי לשמש כהפניה מטעם הכללית למוקד רפואה דחופה ועללי לפעול באמצעים המקובלים לצורך קבלת הפניה במקרה הצורך.

ידוע לי כי עצם השתתפותי בסדנה וכן המידע הנמסר על ידי במסגרת הסדנה עשוי להיות מתועד, כולו או חלקו, ברשומה הרפואית בשירות, בהתאם לחוק. אין באמור כדי לגרוע מאחריותי לעדכן במידת הצורך את הצוות הרפואי המטפל בי.

6. הובא לידיעתך, כי לצורך מתן השירות, שירותי בריאות כללית עושה שימוש בפלטפורמת ענן של ספק עמו היא קשורה בהסכם (להלן: "ספק שירותי ענן"). במסגרת זו, ייאסף בענן מידע אישי אודותי, ובכלל זה: שמי הפרטי, אות ראשונה של שם המשפחה שלי, מגדר, מספר הטלפון הנייד שלי, כתובת דוא"ל, פרטי הסדנה הרלוונטית אליה נרשמתי (להלן: "המידע"). מידע זה יישמר בשירותי הענן שכללית עושה בהם שימוש, למטרות תפעוליות וניהוליות (להלן: "המטרה"). ידוע לי כי שמירת מידע כאמור תלויה ברצוני ובהסכמתי. הוסבר לי כי נכון לעת הזו, לא ניתן יהיה לאפשר אחרת את מתן שירות הסדנה

7. הנני מתחייב/ת להימנע מפגיעה בפרטיות משתתפים/ות אחרים/ות בסדנה בכל דרך, ובין היתר להימנע מצילום ו/או הקלטת משתתפים/ות אחרים/ות בסדנה.

8. **למשתתפי הסדנה הוירטואלית, היבטי אבטחת מידע ופרטיות בשירות מרחוק:**

ידוע לי כי במתן שירות הסדנה, קיימות מגבלות בשמירה על פרטיות וחיסיון רפואי, ואף יתכנו אירועי כשל תקשורתי וניתוק פתאומי ביני לבין השירות. למידע נוסף –

[Microsoft Teams Event Registration Site Terms of Service - Microsoft Support](#)

שמירה על פרטיות באחריות המשתמש/ת בשירות:

הובאו לידיעתי הסיכונים לפגיעה בפרטיות מהצד שלי בעת החיבור לסדנה, ולאפשרותי לצמצם, ובין היתר, הצג הדיגיטאלי האישי שממנו אתחבר לסדנה (לדוגמה: מסך המחשב, מסוף, טלפון נייד, טאבלט וכד'), עלול להיות חשוף לאנשים בסביבתי.

באחריותי הבלעדית, לדאוג להשתתף בסדנה ממקום שקט (ובמידת האפשר, ללא נוכחים אחרים בסביבתי), לשמירת פרטיותי ופרטיות משתתפים אחרים בסדנה.

כמו כן, באחריותי הבלעדית לשמור על פרטיות סביבתי ולמנוע חשיפת פרטים שאינם רלוונטיים להשתתפותי בסדנה, ובכלל זה, להצניע את סביבת ביתי או המקום ממנו אני מתחבר.ת, החשופה למצלמה, להתריע בפני בני ביתי על אודות קיום השיחה וכיו"ב.

אבטחת מידע באחריות המשתמש/ת בשירות:

א. ידוע לי כי פנייה לשירות באמצעות תקשורת שאיננה מאובטחת עלולה להיות חשופה ברשת האינטרנט. ייעשה מאמץ על ידי הכללית להבטיח ככל הניתן את פרטיות המידע בעת מתן השירות, אולם ידוע לי כי לא ניתן להבטיח את פרטיות המידע במהלך ההתקשרות מנקודת הקצה בה אני עושה שימוש ואת המידע השמור בנקודת הקצה אצלי.

ב. לפיכך, הובא לידיעתי כי מומלץ בתום כל שימוש, להסיר את המידע, ו/או את נתוני הזיהוי, לרבות שם משתמש וסיסמה ו/או כל נתון אחר, מנקודת הקצה בה השתמשתי (מחשב נייד או נייד, טאבלט, טלפון נייד), כדי לצמצם את האפשרויות לגישה למידע על אודותי ו/או לשירות, למי שאינו מורשה לכך על ידי. כמו כן, מומלץ לוודא כי בוצעה פעילות התנתקות מהמערכת באופן שלא תתאפשר גישה לכל מי שנגיש לנייד/מחשב/טאבלט ממנו בוצע החיבור וזאת על מנת למנוע כניסה בלתי מורשית לאזור האישי. אבטחת המידע השמור בנקודת הקצה שלי הינה באחריותי הבלעדית, ואין לספק השירות כל יכולת לאבטח מידע זה.

ג. הובאה לידיעתי ההמלצה שלא לעשות שימוש ברשתות ציבוריות שאינן מאובטחות, וזאת מחשש לדלף מידע רגיש ופגיעה במידע, וכי מומלץ לעשות שימוש ברשת ביתית, המוגנת בסיסמא חזקה, ובתוכנות הגנה כגון Anti-Virus ו-FireWall (חומת אש) על המכשיר ממנו בכוונתי לקיים את השיחה.

ידוע לי, כי אבטחת המידע ושמירה על הפרטיות בהיבטים המפורטים לעיל הינם באחריות הבלעדית וכי אין לשירותי בריאות כללית כל אחריות בעניין.

9. הובהר לי כי חלק מהסדנאות הינן בתשלום וחלקן לא. עלות הסדנא נקבעת בהתאם לסוג הסדנא ואינה שווה בין סוגי הסדנאות. כמו כן הוסבר לי כי בעת כניסה לפורטל הסדנאות ועם הזנת הפרטים האישיים שלי לצורך רישום – יופיע מחיר עלות הסדנא בהתאם לדרגת הזכאות שלי. (ככל שאני מבוטח בכללית) (לדוג' – אזרח ותיק/קטיין/ניצול שואה וכיוב') וכי מחיר עלות הסדנא בגינו אחוייב יהיה זה אשר מופיע לצד סעיף הזכאות המתאים לנתונים האישיים שלי. למי שאינו מבוטח בכללית – מחיר הסדנא הינו בהתאם להסכמים הקיימים בין הכללית לקופות האחרות וכפי שיהיה בתוקף במועד ביצוע החיוב כאמור להלן

10. על אף האמור לעיל מובהר כי החיוב בפועל ייעשה אך ורק במועד פתיחת הסדנא (ולא במועד ביצוע הרישום) וכי הזכאות שלי תיבחן במועד החיוב כאמור. ככל שחל שינוי בנתוני האישיים אשר יש בהם להשליך על סיווג הזכאות (אם אני מבוטח בכללית) – עלות הסדנא תיקבע בהתאם לזכאות במועד פתיחת הסדנא. פירוט סיווגי הזכאות והתעריפים של כל סיווג מופיע בפורטל הסדנאות.

11. לכללית שמורה הזכות ושיקול הדעת הבלעדי לשינוי מועדים ו/או ביטולם ו/או ביטול הסדנא כולה משיקולי מדיניות לרבות בגין אי גיוס מספר מינימלי של משתתפים. בכל מקרה שכזה מתחייבת הכללית ליידע מראש את משתתפי הסדנא ואני מוותר/ת על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה בגין כך.

12. ידוע לי כי עומדת לי הזכות בכל עת לבטל הסכמתי זו לאיסוף מידע על אודותיי ולשמירתו בפלטפורמות הענן לצורך השתתפותי בסדנה, ו/או לבטל הסכמתי להשתתפותי בסדנה בכלל. לצורך הגשת בקשת הביטול עליי ליצור קשר עם המנחה בבקשה לבטל.

13. לאור האמור, לאחר שהבנתי את המשמעויות בנושאי פרטיות ואבטחת מידע, לרבות בקשר לאיסוף המידע על אודותיי במסגרת שימוש בשירותי בריאות מרחוק והשתתפות בסדנה, הנני נותן/ת הסכמתי המלאה והמודעת לקבלת השירות והשתתפות בסדנה, ומוותר/ת בזאת על כל טענה ו/או תביעה ו/או דרישה כנגד שירותי בריאות כללית בעניין.

הנני מאשר/ת, כי קראתי והבנתי את משמעות המסמך הנ"ל, וכי הסכמתי לתנאיו הסכמה חופשית ומדעת, מבלי שהופעל עלי לחץ על ידי מאן דהוא.