



פרק: 04 - אסירים

בתוקף מתאריך: 1.8.01

מס' הפקודה: 04.46.00

ת' עדכון אחרון: 13.07.2026

כניסת רופאים מומחים פרטיים לבתי סוהר לצורך מתן חוות דעת שנייה

1. שירות בתי הסוהר מאפשר כניסה של רופאים פרטיים למתקני שב"ס לצורך בדיקת אסיר לבקשתו ועל חשבונו וזאת על בסיס החלטת רופא שירות בתי הסוהר ובהתאם לתנאים שקבועים בפקודה זו.

2. לקבוע כללים לבחינה ואישור כניסה של רופא מומחה פרטי לבית הסוהר לצורך מתן חוות דעת שנייה על מצבו הרפואי של האסיר.

3. הגדרות

א. "אסיר" - הנתון כדין במשמורת בית הסוהר, לרבות עצור.

ב. "אסיר בטחוני" - בהתאם להגדרתו בפקנ"ץ 04.05.00 "הגדרת אסיר ביטחוני".

ג. "רופא מומחה פרטי" - בעל רישיון לעיסוק ברפואה ורישיון רופא מומחה בישראל. (להלן בפקודה: "רופא פרטי")

ד. "רופא שיניים פרטי" - בעל רישיון לעיסוק ברפואת שיניים בישראל, ורישיון רופא מומחה, ככל שיידרש ע"י רע"ן רפואת שיניים.

4. כניסת רופא פרטי על חשבונו ועל אחריותו של האסיר תותר לצורך בדיקתו של האסיר בלבד.

היתר כניסת רופא פרטי לבית הסוהר

5. הגשת בקשה ע"י האסיר לביקור רופא פרטי תטופל באופן שיפורט להלן:
- א. בקשה לאישור כניסת רופא פרטי תוגש על ידי אסיר/בא כוחו או בן משפחתו בלבד.
- ב. בקשה של אסיר לביקור רופא פרטי תוגש על גבי **נספח א'** "בקשת לכניסת רופא פרטי לצורך מתן חוות דעת שנייה" למנהל האגף בו נמצא האסיר ותכלול את כלל הפרטים המפורטים בנספח.
- בקשה שהוגשה ע"י בא כוחו / בן משפחתו של האסיר תועבר לקצין אסירים ביחידה והוא יעבירה למנהל אגף.
- ג. מנהל האגף יעביר את הבקשה למתן חוות דעת לגורמים הרלוונטיים בבית הסוהר והמפורטים בנספח א'.
- ד. עם קבלת כלל חוות הדעת בבית הסוהר, הבקשה תועבר לקצין ניהול אסירים מחוזי אשר יעבירה בצירוף כלל חוות הדעת הנזכרות בנספח א' לקצין הרפואה המחוזי לצורך קבלת החלטה.
- ככל שמדובר ברופא שיניים, קצין רפואה מחוזי יעביר את הבקשה לקבלת חוות דעת של רע"ן רפואת השיניים.
- ככל שמדובר ברופא פסיכיאטר, יעביר קצין רפואה מחוזי את הבקשה לקבלת חוות דעת של רע"ן פסיכיאטריה.
- ה. קצין רפואה מחוזי יחליט בהתאם לכלל ההמלצות של הגורמים בנספח א'.
- ו. החלטת קצין רפואה מחוזי תועבר על גבי נספח א' להמשך טיפול קצין ניהול אסירים מחוזי.
- ז. קצין ניהול אסירים מחוזי יעביר את החלטת הרופא המחוזי למפקד בית הסוהר להמשך טיפול.
- ח. החלטת קצין רפואה מחוזי תתועד במערכת הכליאתית הממוחשבת ותתויק בתיקו המנהלי של האסיר.
- ט. מפקד בית הסוהר או מי מטעמו יביא לידיעת האסיר את ההחלטה על בקשתו לביקור רופא פרטי.

פרק: 04 - אסירים		בתוקף מתאריך: 1.8.01
מס' הפקודה: 04.46.00		ת' עדכון אחרון: 13.07.2026
ק.	החלטת רפואה מחוזי/רע"ן	6. קצין רפואה מחוזי/רע"ן רפואת השיניים/רע"ן פסיכיאטריה יבחן את בקשת האסיר למפגש עם רופא פרטי בהתאם לשיקולים הבאים:
	רפואת שיניים/רע"ן	א. ההיסטוריה הרפואית כולל המעקב והטיפול ביחידות השב"ס.
	פסיכיאטריה	ב. מצבו הרפואי של האסיר.
		ג. תחום התמחותו של הרופא והקשר לסוג בעיותיו הרפואיות של האסיר.
מחייבים	תנאים לביקור פרטי	7. ביקור רופא פרטי אצל אסיר יותנה בקיום התנאים הבאים:
	רופא פרטי	א. חתימת רופא פרטי על נספח ב' "הזמנת בדיקת רופא פרטי מטעמו של האסיר למתן חוות דעת שנייה".
		ב. חתימת האסיר על גבי נספח ג' – "טופס ויתור על סודיות רפואית".
		ג. האסיר או בני משפחתו יישאו בכל הוצאות הביקור והטיפול.
		ד. אישור קצין רפואה מחוזי בהתאם להמלצות שניתנו ע"י גורמי המקצוע על גבי נספח א. כולל אישור קמ"ן מחוז. קמ"ן מחוז ישקול, יחד עם חטיבת המודיעין, את העברת הבקשה לאישור גופי ביטחון נוספים, ככל שמדובר באסיר בטחוני.
		ה. תיאום מועד הביקור עם קצין אסירים בבית הסוהר, ייעשה לאחר אישור קצין אסירים מחוזי והנחיית מפקד בית הסוהר.
		ו. קיום הביקור בנוכחות סוהר ביטחון.
לחריגה	חשד בבדיקה פרטית	8. התעורר אצל סוהר הביטחון המלווה חשד כי הבדיקה או פעולה שנעשית ע"י הרופא הפרטי אינה למטרה שלשמה הוזמן הרופא הפרטי, תופסק פעילות הרופא הפרטי במידי ופעולותיו יבחנו ע"י גורם מקצועי ויועבר דיווח מידי למפקד בית הסוהר.

פרק: 04 - אסירים		בתוקף מתאריך: 1.8.01
מס' הפקודה: 04.46.00		ת' עדכון אחרון: 13.07.2026
9.	הרופא הפרטי יורשה לקבל מידע מתיקו הרפואי של האסיר באמצעות רופא בית הסוהר, בכפוף לחתימת האסיר בכתב על ויתור סודיות רפואית ע"ג – "טופס ויתור סודיות".	עיון בתיקו הרפואי של האסיר יעשה באמצעות רופא היחידה.
10.	חוות דעת רופא פרטי:	טיפול בחוו"ד רופא הפרטי
	א. בתום הבדיקה ימסור הרופא הפרטי חוות דעת בכתב לרופא/רופא שיניים/ פסיכיאטר בית הסוהר אודות הבדיקה, ממצאיה והמלצותיה.	
ב.	תוצאות בדיקת הרופא הפרטי והמלצותיו אינן מחייבות את שרות בתי הסוהר ויש לראותן בגדר יעוץ והצעות בלבד.	
	ג. רופא/ רופא שיניים יחידתי יעדכן את ק. רפואה מחוזי ויתעדו את ממצאי חוות הדעת של הרופא הפרטי במערכת הרפואית הממוחשבת, לרבות הכנסת חוות הדעת של הרופא הפרטי כצרופה למערכת, ויחוו את דעתם לגבי המלצת הרופא הפרטי.	
ד.	ככל שמדובר בהמלצת רופא שיניים, תועבר חוות הדעת לרע"ן רפואת שיניים לצורך החלטתו לעניין המשך הטיפול.	
	ה. ככל שמדובר בחוו"ד פסיכיאטרית, תועבר חוו"ד להחלטת רע"ן פסיכיאטריה.	
11.	ד. הודעה על ההחלטה תימסר לאסיר ע"י רופא היחידה.	
	ה. החלטות קצין רפואה מחוזי/ רע"ן רפואת שיניים/ רע"ן פסיכיאטריה יתועדו ברשומה הרפואית הממוחשבת	
12.	הרופא הפרטי יתוודך ויבדק בהתאם לפקודות ונוהלי ביטחון ומודיעין.	תדרוך רופא פרטי לעניין מגבלות ביטחוניות החלות עליו בבית הסוהר
13.	הפר הרופא הפרטי את המגבלות והאיסורים שנמסרו לו, יופסק הביקור לאלתר ודווח על כך יועבר למפקד בית הסוהר ולקצין רפואה מחוזי.	הפרת מגבלות ביטחוניות על ידי הרופא הפרטי
	מפקד בית הסוהר יפעל ככל שיידרש למיצוי הדין עם הרופא המפר.	
13.	כניסת רופא פרטי בהיבטים ביטחוניים תהא בכפוף ובהתאם לפקנ"ץ 03.07.00 - "הוצאת רישיונות כניסה למתקני שב"ס" ופקודות ונהלי ביטחון.	כניסת רופא פרטי היבטים ביטחוניים

בתוקף מתאריך: 1.8.01	פרק: 04 - אסירים
ת' עדכון אחרון: 13.07.2026	מס' הפקודה: 04.46.00
אחריות ביצוע	
14. בבית הסוהר - מפקד בית הסוהר	
במחוז - קצין ניהול אסירים מחוזי	
במטה - ראש אגף האסיר	
נספחים	
15. נספח א' – "בקשה לכניסת רופא פרטי לצורך מתן חוות דעת שנייה".	
נספח ב' – "הזמנת בדיקת רופא פרטי מטעמו של האסיר למתן חוו"ד שנייה".	
עדכונים קודמים	
16. 01.08.2001, 12.09.2019.	



שירות בתי הסוהר

נספח א'

תאריך:

אל: קצין אסירים בית סוהר _____

הנדון: בקשה לכניסת רופא פרטי לצורך מתן חוות דעת שנייה

שם האסיר	מס' אסיר	בית סוהר ואגף
----------	----------	---------------

1. אבקש להיפגש עם רופא פרטי מטעמי, שפרטיו הידועים לי הם:

שם הרופא /	כתובת	תעודת זהות	תחום התמחות
------------	-------	------------	-------------

מצ"ב:

- צילום רישיון לעיסוק ברפואה בישראל.
- צילום רישיון רופא מומחה.
- צילום תעודת זהות.
- אישור
- טופס וס"ר חתום על ידי.

2. מטרת הביקור ונימוקה:

3. תדירות הביקורים:

- חד פעמי.
- אחר _____

4. ביקור הרופא הפרטי ותוצריו הינם באחריותי המלאה והתשלום עבורם יעשה באמצעות חיוב פיקדוני או על ידי בני משפחתי. לשב"ס אין ולא תהיה כל אחריות בשום צורה ואופן לביקור ותוצריו ולכל תשלום הכרוך והקשור בכך.

5. אני ומי מטעמי לרבות יורשי, פוטרים בזאת את שירות בתי הסוהר וסוהריו מכל אחריות לכל נזק שייגרם לי במהלך ביקורו של הרופא הפרטי. אני מתחייב בזאת שלא לנקוט בהליכים משפטיים כלשהם כנגד שרות בתי הסוהר ו/או מי מסוהריו בגין נזק זה, ובמידה ואפעל בניגוד להתחייבותי זו אשפה את שב"ס בגין כל הוצאותיו.

תאריך _____ מס' אסיר _____ שם האסיר וחתימה _____

- פנייה ע"י משפחת האסיר תוגש בצירוף אישור האסיר בכתב.
- פנייה ע"י ב"כ האסיר תוגש בצירוף ייפוי כוח.

6. חוות דעת קמ"ן יחידה :

תאריך _____ חתימה _____

7. חוות דעת רופא יחידה/רופא שיניים יחידתי/ פסיכיאטר יחידתי:

תאריך _____ חתימה _____

8. חוות דעת מפקד בית הסוהר:

תאריך _____ חתימה _____

9. חוות דעת קמ"ן מחוזי (לעניין אסיר ביטחוני חובה לצרף אישור רע"ן פח"ע בחטיבת המודיעין):

חתימה

תאריך

10. החלטת קצין רפואה מחוזי :

☐ מאשר

☐ לא מאשר

נימוקי ההחלטה:

חתימה

תאריך

נספח ב'



שרות בתי הסוהר

יחידה:

תאריך:

לכבוד

ד"ר _____

הנדון: הזמנת רופא פרטי מטעמו של אסיר למתן חוות דעת שנייה:

שם	שם משפחה	מספר ת.ז.

1. אסיר שפרטיו מפורטים לעיל ביקש לזמנך על מנת לבצע בדיקה רפואית.

2. הזמנה זו נעשית לבקשת האסיר באחריותו ובמימונו הבלעדיים, העתק

פנייתו מצ"ב.

3. שרות בתי הסוהר הסכים להיענות לבקשת האסיר ולאפשר לך לבצע לבקשתו, בדיקה רפואית כנ"ל בתנאי ששב"ס אינו אחראי בשום צורה לבדיקה ולכל תשלום בגין ביצוע הבדיקה וכל הכרוך והקשור בכך.

בברכה,

מפקד בית הסוהר

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר בזה כי: _____ שם פרטי שם משפחה ת.ז.

האמור לעיל הובא לידיעתי ואני מסכים לבצע הבדיקה הרפואית (לבקשת האסיר).

הנ"ל באחריותו ובמימונו הבלעדיים ואין ולא יהיו לי כל דרישות לשב"ס בגין כך.

אני מתחייב לציית להוראות הביטחון הכלולות בתדריך הביטחוני שאקבל.

בתום הבדיקה אמסור חוות דעת בכתב לרופא בית הסוהר אודות הבדיקה,

ממצאיה, והמלצותיה.

חתימה וחותמת



שרות בתי הסוהר

טופס וויתור על סודיות רפואית

השם: _____

ב/ס: _____

מספר תעודת זהות: _____

מס' אסיר: _____

אני החתום מטה, מבקש בזאת למסור למומחה רפואי מטעמי שהוזמן על ידי, שם: _____ שם משפחה: _____ מס' רישיון: _____ כל מידע רפואי המצוי במערך הרפואי של שירות בתי הסוהר בין אם מדובר בחומר רפואי שהופק ע"י שב"ס ובין אם הגיע לשב"ס מקופת החולים/משרד הביטחון/שלטונות צה"ל / מאת כל רופא / עובד רפואי / המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו/ כל עובד של המוסד לביטוח לאומי בתחום הסיעודי / כל תחום רלוונטי אחר, וכן מכל בתי החולים שאי פעם טיפלו בי / בהם הייתי מאושפז / כל מוסד רפואי שטיפל בי/ בו הייתי מאושפז / כל אדם או גוף אחר בתחום הרפואי / הנפשי / הפסיכיאטרי/הנוירו פסיכיאטרי /הסוציאלי / הסיעודי למסור למומחה הרפואי מטעמי הנ"ל על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה ו/או נכות אשר ממנה סבלתי בעבר ו/או כל מחלה ו/או נכות מהן אני סובל כעת;

כמו כן אבקש למסור לנ"ל כל פרט רלוונטי על מצבי הסיעודי ו/או השיקומי שבעבר ו/או בהווה והנני משחרר את שירות בתי הסוהר ואת מי מטעמו מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הרפואי ו/או הבריאותי ו/או נכותי או מחלתי כנ"ל, ו/או הסיעודי ו/או השיקומי; כתב ויתור זה מחייב אותי ו/או את עיזבוני ו/או בא כוחי החוקי ו/או מי מטעמי וכל באי כוחם החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

הנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

לראייה באתי על החתום:

חתימת האסיר: _____

תאריך: _____

פרטי העד לחתימה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר אישי: _____ תפקיד: _____
 חתימה: _____ תאריך: _____

במקרה של סירוב האסיר לחתום על טופס ויתור הסודיות, יובהר לאסיר כדלהלן:

ידוע לי כי ללא חתימה על כתב ויתור סודיות, לא יועבר ע"י שב"ס כל חומר רפואי אודותיי
 לרופא מומחה מטעמי ולא תתאפשר כניסתו לבית הסוהר.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
 חתימה: _____ תאריך: _____

פרטי העד לחתימה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר אישי: _____ תפקיד: _____
 חתימה: _____ תאריך: _____

במקרה בו אסיר סירב לחתום אף על הסירוב לויתור הסודיות, יתועד האמור ע"י הסוהר
 המחתיים:

הנני הח"מ מאשר בזאת כי הבהרתי לאסיר את האמור לעיל בדבר המשמעויות של אי חתימתו על
 טופס ויתור הסודיות, למרות שנדרש לעשות כן. האסיר סרב לחתום על המסמך דלעיל.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר אישי: _____ תפקיד: _____
 חתימה: _____ תאריך: _____