

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 אוגוסט 2015

נספח מספר 2 בנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות - טופס המלצה (למילוי על ידי רופא עיניים אוקולופלסטיקאי בלבד)

טופס מספר 2.15

המלצה לתותבת עין/עדשה (תותבת) סקלראלית/ אחר

תאריך: _____

קופ"ח מבטחת: _____

לשכת בריאות: _____

הטופס ימולא רק על ידי רופאי עיניים מתתי ההתמחויות הבאות: אוקולופלסטיקאי מומחה או אונקולוג של העין למבוגרים וילדים או רופא עיניים ילדים (במקרה של המלצות עבור ילדים בלבד), כמוגדר בחוזר מנהל רפואה 12/2015:

פרטי הפונה

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	שנת לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	<input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

אבחנה: _____

מידע רפואי רלוונטי: _____

האם נדרשת תותבת בפעם הראשונה או האם נדרשת החלפת תותבת.

במידה ונדרשת החלפה - מועד קבלת התותבת בעבר: _____

הנימוקים להחלפת תותבת: _____

פרטי הרופא הממליץ:

שם פרטי	שם משפחה	תפקיד	פקס
טלפון	טלפון נוסף	מקום עבודה	מייל

ניתן לשלוח את המסמכים למשרד הבריאות במספר פקס: 02-5655969.

חתימה וחותמת: _____