



# חלק ד' - שאלון רפואי למילוי על ידי הרופא המטפל של הנפטר

לכבוד  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
אגף חסכון לטווח ארוך  
כתובת דוא"ל להחזרה: [bht@ayalon-ins.co.il](mailto:bht@ayalon-ins.co.il)

יש להקפיד ולמלא הטופס באופן מדויק ומלא.

פרטי הנפטר			
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה
תאריך פטירה		סיבת פטירה	קופת חולים
מידע רפואי על הנפטר			
המנוח היה בטיפולי מתאריך: _____			
2. פרט את שם המחלה או הפגיעה שבעקבותיה המנוח נפטר, ומועד גילויה: ____/____/____			
3. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות: רנטגן <input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא, א.ק.ג <input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא, C.T <input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא, MRI <input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא האם בוצעו בדיקות אחרות, פרט: _____ תוצאות הבדיקות: _____			
4. מחלות רקע מהן סבל המנוח ומועד גילויין:			
שם המחלה		מועד גילויה	
5. האם אפשר לייחס את המחלה/ המצב הבריאותי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת? ציין פרטים: _____			
6. הערות נוספות: _____			
7. נא לצרף סיכומים רפואיים המפרטים את נסיבות הפטירה בפטירה בבית חולים - סיכום מחלה מבית חולים בפטירה בבית - דו"ח מד"א ותוצאות דוח משטרה בפטירה מתאונה - סיכום מחלה מבית חולים + אישור משטרה / משרד הביטחון / המכון לרפואה משפטית, על נסיבות התאונה			
תאריך	שם הרופא	כתובתו	חתימה וחותמת הרופא

