



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל ימולא על-ידי רופא משפחה / ילדים .
 הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד . יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

רופא נכבד,
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה					
שם משפחה			שם פרטי		
מיקוד	ת"ד	מספר דירה	מספר בית	כתובת המרפאה	
מספר פקס		מספר טלפון נייד		מספר טלפון במרפאה	
דואר אלקטרוני					

ב. פרטי המבוטח		
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

ג. פרטים על טיפול רפואי ומצב בריאותו של המבוטח

פרט מה הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח: _____

המבוטח נמצא בטיפול מתאריך: _____

פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית: _____

האם האבחנה קשורה בתאונה? לא כן, פרט: תאונת דרכים תאונת עבודה בתאריך _____ אחר _____

האם המבוטח סובל מבעיות רפואיות נוספות? לא כן, אנא פרט את מלוא האבחנות: _____

אבחנה _____

מתאריך _____

אבחנה _____

מתאריך _____

ממליץ על: בדיקות טיפולים ניתוח אחר, פרט: _____

מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/ ניתוח? מתאריך: _____ שם הרופא הממליץ: _____

חתימת הרופא המטפל *

תאריך

(מהדורה 09.2019)





מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

חלק ג' - למילוי על ידי הרופא המנתח

חלק זה ימולא על ידי הרופא שעתיד לבצע את הניתוח .

רופא נכבד,
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

א. פרטי הרופא המנתח					
שם משפחה			שם פרטי		
מיקוד		ת"ד	מספר דירה	מספר בית	כתובת המרפאה
מספר פקס		מספר טלפון נייד		מספר טלפון במרפאה	דואר אלקטרוני

ב. פרטים לגבי הניתוח				
שם הניתוח המומלץ	קוד הניתוח במגדל	מועד הניתוח נקבע לתאריך	בית חולים	כתובת בית החולים
מידע נוסף: _____				

חתימת הרופא
המנתח וחותמתו *

שם
הרופא המנתח

תאריך

