



בקשה לדיון בוועדת חריגים בנוגע למתן שירות בריאות שאינו כלול בסל

| 1 פרטים אישיים | | | |
|----------------|------------|-----------|--|
| שם מלא | תעודת זהות | גיל | מין |
| | | | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |
| כתובת | מספר טלפון | מספר נייד | |
| | | | |

| 2 פרטים בגין מהות הפניה |
|--|
| 1. האבחנה: _____ |
| 2. שם התרופה/פרוצדורה רפואית מבוקשת כחריג: _____ |

| 3 סיבת הפנייה לוועדת חריגים |
|-----------------------------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

| 4 פירוט הרקע הרפואי לבקשה וחריגות רפואיות (לאחר צירוף מסמכים רפואיים) |
|---|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

| 5 חתימת המבקש | | |
|---------------|-------|-------|
| שם מלא | חתימה | תאריך |
| | | |