

**טופס שירות אל תור**
**1**
**פרטים כלליים**

לקוח/ה יקר/ה,

על מנת לחסוך מזמנך, לנוחיותך שירות אל תור להארכת מרשם לתרופות קבועות.

ניתן לשלוח את הטופס באמצעות פקס מס': \_\_\_\_\_

פנייתך תטופל תוך 2 ימי עבודה מהגשת הבקשה במרכז הרפואי.

אל ד"ר: \_\_\_\_\_ (רופא המשפחה שביקרת אצלו ב-12 החודשים האחרונים).

שם מלא	תעודת זהות	טלפון נייד	טלפון נוסף
_____	_____	_____	_____

**בקשה עבור מרשם לתרופות הבאות (תרופות קבועות בלבד):**

שם תרופה	מינון	כמות יחידות ביום	מספר מרשמים (עד 3)	
_____	_____	_____	_____	1
_____	_____	_____	_____	2
_____	_____	_____	_____	3
_____	_____	_____	_____	4
_____	_____	_____	_____	5

 אבקש לקבל מסרון (SMS) למס' הנייד כאשר יופק מרשם: \_\_\_\_\_

 אבקש לקבל עדכון לכתובת המייל כאשר יופק מרשם: \_\_\_\_\_

**\*לידיעתך בחלק מהמקרים, על פי שיקול דעת רפואי, תזמן לרופא בטרם חידוש המרשם.**

חתימת הלקוח	תאריך החתימה
_____ x	_____

**2**
**שימוש הרופא והמרכז הרפואי**
**החלטות הרופא (לשימוש הרופא)**

המשך טיפול:

 נא לזמן תור לרופא מטפל

 נא לבצע מדידות לחץ דם בחדר אחות

 נא לבצע מדידות גובה ומשקל בחדר אחות

 נא לבצע בדיקת קרקעית בעין אצל רופא עיניים

 נא לבצע בדיקה תקופתית אצל מומחה כף רגל

אחר: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**שם פקיד/ה מטפל/ת (לשימוש המרכז הרפואי):** \_\_\_\_\_