

קרון הסעת חולים

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	גיל	כתובת

הופנה ליום _____ לבית חולים _____ מחלקה _____.

סוג הטיפול	<input type="checkbox"/> אישפוז	<input type="checkbox"/> התייעצות	<input type="checkbox"/> בדיקה
סוג התחבורה	<input type="checkbox"/> באוטובוס	<input type="checkbox"/> במטוס	<input type="checkbox"/> אחר _____
ליווי החולה	<input type="checkbox"/> לא זקוק לליווי	<input type="checkbox"/> זקוק לליווי	
	<input type="checkbox"/> חוזר	<input type="checkbox"/> לטיפול	שם המלווה _____
שם הרופא המטפל	חתימת הרופא		

הצהרה		
אני החתום מטה:		
משפחה:	פרטי:	ת.ז.:
_____	_____	_____
גר בכתובת: _____		
מצהיר כי השתמשתי ברכבי הפרטי מס' רישוי _____ לצורך הסעת החולה.		
תאריך	שם מלא	חתימה

נא לצרף קבלת דלק או כרטיס אוטובוס

אישור רפואי

נודה לכם אם תאשרו הפרטים הנדרשים:

תאריך: _____ חתימה וחותמת מרפאה/מכון/ ביה"ח: _____

לכבוד:

הנדון: העברת תיקים רפואיים

תיקים ידניים ניתן לשלוח לכתובת:
שירותי בריאות כללית
מרפאה ד'
מרכז אופיר
ת.ד. 600
אילת

תיקים ממוחשבים ניתן לשלוח בד"א יוספטל:
עבור:

אליאס דקל ד"ר

יואב מילוא ד"ר

ויטלי פוזניאק ד"ר

ב ב ר כ ה:
רחל אלקיים
מנהלת אדמיניסטרטיו

בית חולים יוספטל ואזור איל

דרך יותם, ת.ד. 600 אילת 88104 * טל: 08-6358015, 08-6358002 *



מרפאה ד'

מרכז אופיר, אילת 88000
טל': 08-6358091, 08-6371546
פקס: 08-6373547

טיבית.

ת

פקס: 08-6372549 * www.clalit.co.il