



טופס הגשת בקשה לפאה אונקולוגית לנשים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ שם בן/בת הזוג _____

ת.ז. _____ ת. לידה: _____ גיל: _____ אני רגילה ללבוש כיסוי ראש _____

שם האב: _____ שם האם: _____

כתובת: _____

רחוב _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____

טלפון: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____

בית החולים: _____ מחלקה: _____ רופא: _____

עו"ס: _____ קופת חולים: _____ סוג הבטוח בקופת החולים: _____

אבחנה: _____ תאריך אבחנה: _____

מצב רפואי: טיפול אקטיבי / טיפול אחזקה, מה כולל? _____

תאריך סיום טיפול אקטיבי: _____

מצו"ב:

סיכום מחלה/אבחנה עדכני עד 3 חודשים לאחר

אישור רפואי על נשירת שיער מטעם העו"ס / הרופא המטפל

לתשומת לבך, חובה למלא את השאלון במלואו. ללא 2 המסמכים המבוקשים לא נוכל להענות לבקשתך, תודה!

חתימה: _____ תאריך: _____

לשימוש המשרד:

אישור: _____

הערות: _____