



טופס הגשת בקשה לפאה אונקולוגית לילדות ובוגרות עד גיל 25

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מין: ז / נ

ת.ז. _____ ת. לידה: _____ גיל: _____

שם האב: _____ שם האם: _____

כתובת: _____

רחוב מס' בית עיר מיקוד

טלפון: _____ נייד אבא: _____ נייד אמא: _____

בית החולים: _____ מחלקה: _____ רופא: _____

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

אבחנה: _____ תאריך אבחנה: _____

מצב רפואי: טיפול אקטיבי / טיפול אחזקה תאריך סיום טיפול אקטיבי: _____

מצו"ב:

סיכום מחלה/אבחנה עדכני עד 3 חודשים לאחור

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

חתימה: _____ תאריך: _____

לשימוש המשרד:

אישור: _____

הערות: _____