



## 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: \_\_\_\_\_