



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