משרד הביטחון

מדינת ישראל

אגף השיקום

רח' דוד המלך 44 , חיפה
טלפון : 03-7776777

מס' הפניה :
תאריך :
ספק משהב"ט :

הפניה לרופא

פרטי הספק:
כתובת הספק :
טלפון :

פרטי הזכאי/ת:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	מ.ז.
רחוב	ישוב	מיקוד	טלפון

זכאי לטיפול בפגיעות/מחלות הבאות:
PTSD

סיבת הפניה:

נא לקבל את הנ"ל ל:
010807 בדיקה ראשונית/חוזרת לקביעת תוכנית טיפול 1

נחתם דיגיטאלית

כוחה של הפניה זו יפה מתאריך 01.05.2024 עד תאריך 31.07.2024
יש להביא לבדיקה כל חומר רפואי רלוונטי.
את תוצאות הבדיקה/חו"ד יש לשלוח לרופא המוסמך המחוזי במחוז השיקום בו הנך מטופל במידה ולא נעשה שימוש בהפניה יש להחזירה למחוז השיקום ממנו הופקה
עבור נסיעה לצרכי טיפול רפואי/פארא רפואי או לצורך קבלה ו/או תיקון ציוד רפואי ניתן לקבל החזר הוצאות נסיעה.
לפרטים וברור הזכאות יש לפנות למחלקה לשרותים רפואיים במחוז.


משרד הביטחון


מדינת ישראל


אגף השיקום

רח' דוד המלך 44 , חיפה
טלפון : 03-7776777

מס' הפניה :
תאריך :
ספק משהב"ט :

דף זה מיועד למתן תשובה.

לכבוד

מחוז שיקום : חיפה

פרטי הזכאי/ת:

שם משפחה	**שם פרטי**	**מ.ת.**	**מ.ז.**
רחוב	**ישוב**	**מיקוד**	**טלפון**

ד"ר נכבד/ה ,

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

תאריך

מספר ספק :

מספר הפניה :







רח' דוד המלך 44 , חיפה
טלפון : 03-7776777

מס' הפניה :
תאריך :
ספק משהב"ט :

דו"ח טיפולים

פרטי הזכאי/ת:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	מ.ז.
רחוב	**ישוב**	**מיקוד**	**טלפון**

מס'	תאריך	מס' טיפולים	סוג הטיפול	חתימת הזכאי
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי נתתי את הטיפול על פי הפירוט לעיל.

חתימה וחותמת :

_____
ד"ר

מספר ספק :

תאריך :

_____
תאריך

הדפסה חוזרת