משרד הביטחון
מחוז שיקום : חיפה
רח' דוד המלך 44 , חיפה
טלפון : 03-7776777

מדינת ישראל

אגף השיקום

מס' הפניה :
תאריך :

הפניה לטיפול פיזיוטרפיה - המשך טיפול

פרטי הספק: ד"ר
כתובת הספק :

טלפון :
מספר ספק :

פרטי הזכאי/ת:

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

נא לקבל את הנ"ל ל:

032275 טיפול פיזיוטרפיה - המשך טיפול כמות: 2 בשבוע

הפניה זו הינה לטיפול החל מ 01.12.2023 עד 31.07.2024 .

זכאי לטיפול בפגיעות/מחלות הבאות:

סיבת ההפניה:

הנחיות:

הערות להדפסה:

נא להעביר אלינו דו"ח על מצב רפואי והמלצות להמשך טיפול.

לתשומת לב: יש לשלוח חשבוניות באמצעות הדואר בלבד, לכתובת:
מוקד קליטת הפניות/ אגף שיקום נכים
קפלן 23, הקריה תל אביב 6473424

נחתם דיגיטאלית

ד"ר
רופא מחוזי

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.

הדפסה חוזרת

משרד הביטחון
מחוז שיקום : חיפה
רח' דוד המלך 44 , חיפה
טלפון : 03-7776777

מדינת ישראל

אגף השיקום

מס' הפניה :
תאריך : 09.05.2024

דו"ח ביצוע טיפולים - טיפול פיזיוטרפיה - המשך טיפול

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				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

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

חתימה וחותמת :

תאריך :

_____
תאריך

_____
ד"ר

הדפסה חוזרת

RER 31