



Assaf Harofeh Medical Center

Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel

Medical record department

Tel: +972-8-9779582 Fax: +972-8-977964 email: abais@SHAMIR.gov.il

طلب لاستخراج تقارير طبية

اسم المريض/ة / שם החולה: _____
اسم العائلة/שם המשפחה الاسم الشخصي/שם פרטי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم الهوية:

طبية: (الرجاء وضع ✓ بالمكان

اود تلقي تقارير
المناسب)

تقرير اقامة طبي رقم: _____ اسم القسم المعالج: _____

العيادة/قسم: _____

تقرير طبي من قسم الطوارئ بتاريخ: _____

الهدف من الطلب: _____

العنوان: _____

بكل توجه لطلب تقرير طبي يجب ارفاق صورة من بطاقة الهوية

مرفق صورة من بطاقة الهوية

لاستعمال المكتب:

لقد حددنا مقدم الطلب حسب بطاقة الهوية او كل وثيقة اخرى/זיהינו את המבקש על פי תעודת הזהות או כל מסמך
אחר: _____

اسم العامل/السكرتير/ة/ שם המזהה (עובד המחלקה): _____

מلاحظات/הערות: _____

חתימה/תوقيع متلقي الطلب

תאריך/תאריך