

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@asaf.health.gov.il

בקשה להוצאת מסמכים רפואיים

שם החולה: _____

פרטי

משפחה

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

מס' זהות:

אבקש לקבל מסמכים רפואיים : (נא סמן V במשבצת המתאימה)

סיכום אשפוז מספר מקרה _____ שם המחלקה המאשפזת _____

מרפאה/ מכון _____

מכתב שחרור מהמחלקה לרפואה דחופה מתאריך _____

מטרת הבקשה: _____

כתובת: _____

נייד: _____

בכל פניה לבקשת מסמכים רפואיים יש לצרף צלום מתעודת הזהות

מצורף בזה צילום מתעודת הזהות

מאשר קבלת המסמכים בדואר _____

לשימוש המשדד

זיהינו את המבקש על פי תעודת הזהות או כל מסמך מזהה אחר _____
שם המזהה (עובד המחלקה): _____

הערות: _____

חתימת המבקש/ המקבל

תאריך