

**Assaf Harofeh Medical Center**  
Affiliated of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel  
**Medical record department**  
Tel: +972-8-9779584 Fax: +972-8-9779588 email: R9584@shamir.gov.il

**בקשה להוצאת מסמכים רפואיים**

שם המטופל:

מספחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_

מס' זהות:

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

סיכום אשפוז

דר"ח ניתוח

מרפאה/ מכון

ממצאים

תיק אשפוז מלא. שם המחלקה המאשפזת

מכתב שחרור מהמחלקה לרפואה דחופה מתאריך

אחר

כתובת: \_\_\_\_\_

נייד: \_\_\_\_\_

כתובת מייל: \_\_\_\_\_

חתימת המבקש/ המקבל \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_