

**בקשה להוצאת מסמכים רפואיים**

שם המטופל:

\_\_\_\_\_

פרטי

משפחה

מס' זהות:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- \_\_\_\_\_ סיכום אשפוז
- \_\_\_\_\_ דו"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