

**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

### Запрос медицинских документов

Имя пациента \_\_\_\_\_  
Фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_

Номер удостоверения личности: 

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

Я прошу получить медицинские документы: ( отметить с V в подходящем кв.)

Краткий обзор госпитализации номером \_\_\_\_\_ имя отделения \_\_\_\_\_

Клиника \_\_\_\_\_

Краткий обзор приемного покоя с даты \_\_\_\_\_

Цель запроса \_\_\_\_\_

Адрес для отправки \_\_\_\_\_

В каждом вызове запросом документов нужно присоединить копию удостоверения личности.

К настоящему документу прилагается копия удостоверения личности

#### Для служебного пользования

Я опознала заявителя по удостоверение личности и/или каждого любого другого удостоверения \_\_\_\_\_

Имя опознавшего ( рабочий в отделе) : \_\_\_\_\_

Замечание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя