



טופס פנייה מיצוי זכויות מפוליסות ביטוח בריאות

לשם סיוע אנא מלא/י טופס זה ושלח/י אותו לאגודה לזכויות החולה בפקס 03-6021878, או במייל dalit@patients-rights.org

לטופס יש לצרף:

- מרשם התרופה מהרופא המטפל
 - כל מסמך רפואי התומך בצורך למרשם הנ"ל כולל התכתבויות עם המוסדות השונים אליהם פנית לשם קבלת התרופה
 - אם ברשותך פוליסת/ות ביטוח נא להמציא לנו את: דף הרשימה בו מפורט פרטי פוליסת/ות המבוטחים, תנאי הפוליסה/ות, והפוליסה/ות המלאה/ות אם הן ברשותך.
 - טופס וויתור על סודיות רפואית
- עם קבלת המסמכים הנ"ל פנייתך תיבדק על ידינו ונעדכנך לגבי המלצותינו להמשך טיפול.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____

טלפון נייד: _____ טלפון נוסף: _____ פקס: _____

כתובת דוא"ל: _____ עיר: _____

כתובת: _____

רחוב מספר מספר דירה מיקוד

קופת חולים (אנא הקף): כללית / מכבי / לאומית / מאוחדת

שירותי בריאות נוספים בקופה (שבי"ן): כן / לא

תוכן הפנייה: _____
