



**טופס פנייה מיצוי זכויות מפוליסות ביטוח בריאות**

לשם סיוע אנא מלא/י טופס זה ושלחי אותו לאגודה לזכויות החולה בדוא"ל - info@patients-rights.org או בפקס 03-6021878.

**בנושא הדוא"ל או בדף הפקס יש לציין "תרופות ובדיקות שלא בסל"**

**לטופס יש לצרף:**

- במכתב השתלשלות וסיכום המחלה, טיפולים קודמים וההמלצה על התרופה.
  - במידה והותחל הטיפול החלופי ונצפית עצירה או הטבה במחלה יש לפרט במכתב את מדדי השינוי בבדיקות ובהרגשתו הכללית של המטופל.
  - נימוק הרופא מדוע הטיפול הניתנים במסגרת הסל אינם מתאימים למטופל.
  - במידה וההמלצה נסמכת על מחקרים בלבד יש לצרף העתק מחקרים.
  - כל מסמך רפואי התומך בצורך לתרופה 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.

**פרטי הפונה**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_  
 כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_

מיקוד \_\_\_\_\_ מספר דירה \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_

קופת חולים: כללית / מכבי / לאומית / מאוחדת

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

גיל: \_\_\_\_\_

**פרטי הבקשה**

שם התרופה: גנרי: \_\_\_\_\_ מסחרי: \_\_\_\_\_

צורת מתן: כדורים / זריקה / עירווי / אחר: \_\_\_\_\_

האם התרופה רשומה בישראל להתוויה המבוקשת: כן / לא



מינון: \_\_\_\_\_

אבחנה עיקרית: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הנמקה לבקשה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ההתוויה לטיפול המבוקש: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שלב המחלה: מוקדם / מתקדם / מתקדם ביותר

טיב הספרות התומכות בטיפול: Case reports / Phase 2 studies / Phase 3/4 studies / אחר (נא

פרט): \_\_\_\_\_

בעיות רפואיות נוספות: יש / אין (נא פרט) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_