

רופא/ה נכבד/ה,
מילוי מדויק של טופס זה יסייע בטיפול בתביעת המטופל שלך.

פרטי המבוטח/ת

מס' זהות	מס' ב	שם משפחה	שם פרטי	מס' פוליסה
----------	-------	----------	---------	------------

פרטי האירוע

<p>נא פרט מה היא הבעיה הרפואית ממנה סובל/ת המבוטח/ת:</p>	
<p>ממתי נמצא/ת המבוטח/ת בטיפולך (תאריך)?</p>	<p>ממתי הנך מכיר/ה את המבוטח/ת (תאריך)?</p>
<p>ממתי סובל/ת המבוטח/ת מבעיה זו (תאריך)?</p>	<p>תאריך - עפ"י מידע מרופא המשפחה:</p>
<p>נא פרט/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית:</p>	
<p>האם האבחנה קשורה בתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאריך:/...../..... <input type="checkbox"/> אחר</p>	
<p>האם המבוטח/ת סובל/ת מבעיות רפואיות נוספות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>	
<p>אנא פרט/י מלוא האבחנות:</p>	<p>אבחנה: מתאריך</p>
<p>אבחנה: מתאריך</p>	<p>פרט/י:</p>
<p>ממליץ/ה על: <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> ניתוח <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> פרט/י:</p>	
<p>שם הרופא/ה:</p>	<p>מומחיות:</p>
<p>כתובת:</p>	<p>טלפון: פקס:</p>

פרטים נוספים לגבי ניתוח - למילוי על ידי הרופא/ה המנתח/ת

<p>מועד הניתוח נקבע לתאריך:</p>	<p>בבית חולים:</p>
<p>מידע נוסף:</p>	
<p>תאריך:</p>	<p>שם הרופא:</p>
<p>חתימה וחותמת:</p>	