

נספח 3

אל: \_\_\_\_\_ הספק: \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**הנדון: בקשה להזמנת משאבת אינסולין**

סמן ב-X את דגם המשאבה הינה מסוג:

- MINIMED 740G – חברת מינימד
- OMNIPOD DASH PDM – חברת גפן מדיקל
- Omnipod 5 – חברת גפן מדיקל (\*באישור גורם מוסמך)
- G780 – חברת מינימד (\*באישור גורם מוסמך)
- CONTROL IQ – חברת פאדאגיס (\*באישור גורם מוסמך)

**פרטי המטופל מקבל המשאבה:**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

כתובת המטופל: \_\_\_\_\_

טלפון המטופל: \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

**תאריך התחברות לטכנולוגיה: \_\_\_\_\_**