

תאריך _____

אל:

שם הספק: _____

הנדון: בקשה להזמנת משאבת אינסולין

סמן ב-X את דגם המשאבה הינה מסוג:

- ☐ MINIMED 740G - חברת מדטרוניק
- ☐ OMNIPOD DASH PDM - חברת גפן מדיקל
- ☐ מערכת היברידית G780 – חברת מדטרוניק (*באישור גורם מוסמך)
- ☐ מערכת היברידית טנדס T-SLIM (*באישור גורם מוסמך מאשר)

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: _____