

## טופס מותאם למילוי במחשב



### 3. שולחים

שלחו את הטופס במייל או בפקס בהתאם להנחיות המפורטות מטה.



### 2. ממלאים

מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו ☒ בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (Save).

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.



### 1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב באמצעות כפתור Download.

### הקובץ לא נפתח?



יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה לא מותקנת על המחשב שלך, [אפשר להוריד אותה בחינם מאתר Adobe](#)

אם קיבלת הודעה שצריך להוריד או להתקין חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהמשיך בהתקנה לפי ההוראות. משהו לא מסתדר? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#)

### לתשומת לבך!



מידע שנשלח במייל עלול להיות חשוף לגורמים לא רצויים באינטרנט. שליחת מידע במייל למכבי שירותי בריאות פוטרת את מכבי מאחריות על דליפת מידע שהתרחשה כתוצאה מהשימוש במייל.

שלום רב,

### לתשומת לבך, חובה לצרף לטופס זה הפניה מרופא/ה

- יש לצרף הפניה מרופא/ה עם התמחות בתחום הכירורגיה הפלסטית.
- ניתן לצרף להפניה מסמכים נוספים כמו: הפניית אורטופד, הפניית רופא/ת עור, צילום עמוד שדרה גבי ותוצאות של בדיקות נוספות.
- את הטופס המלא והמסמכים יש לשלוח במייל או בפקס, או להגישם ידנית במשרדי המרכז הרפואי.
- לאחר קבלת הטופס המלא, ההפניה מהרופא/ה והמסמכים הרפואיים הדרושים, יישלח לך זימון לוועדה במייל.

### מחוזות

| מרכז והשרון                            | ירושלים והשפלה                            | דרום                                          | צפון                                              |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| פקס 03-7178305<br>sharonpls@mac.org.il | פקס 076-8893302<br>jrsl_plasti@mac.org.il | פקס 073-2284680<br>darom_chirurgit@mac.org.il | פקס 073-2284398<br>zfn-haifa-chirurgit@mac.org.il |

### פרטים אישיים

|                |            |                      |
|----------------|------------|----------------------|
| שם משפחה       | שם פרטי    | תעודת זהות (9 ספרות) |
| רחוב ומספר בית | יישוב      | מיקוד                |
| טלפון נייד     | כתובת מייל | גיל                  |
|                |            | מצב משפחתי           |

### פרטים לגבי הניתוח

הרקע לפנייה ☐ לאחר ירידה במשקל ☐ הקטנת שדיים ☐ אחר ☐

משקל  גובה

יש לחתום על ידי סימון התיבה וכתובת השם המלא שלך.

החתימה הדיגיטלית מאשרת כי הפרטים שמילאת בטופס נכונים.

שם מלא  תאריך

☐

## הסכמה לשליחת מידע רפואי במייל

זאת הצהרתי:

בשל רגישות המידע, חשוב למלא כתובת מייל אישית ופרטית, ולבדוק שכל התווים נכונים.  
אני מרשה למכבי שירותי בריאות להעביר אליי במייל מידע רפואי הקשור לפנייתי לאישור מקדים.

כתובת המייל הפרטית שלי לקבלת מידע  ☐

ידוע לי שמידע רפואי שנשלח במייל עלול להגיע או להיחשף לאדם אחר חוץ ממני, על כל המשתמע מכך.  
בהתאם לכך, אני פוטר/ת את מכבי מכל אחריות במקרה שהמידע לא הגיע אליי, או שהגיע למי שאינו מורשה לכך על ידי.

יש לחתום על ידי סימון התיבה וכתיבת השם המלא שלך.  
החתימה הדיגיטלית מהווה את אישורך והסכמתך לשליחת מידע במייל

שם מלא  ☐  
תאריך  /  /