

## טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

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 להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

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 אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם?  
[למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#) <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



## טופס פנייה לוועדה לניתוח הסרת עודפי עור

שלום רב,

שימו לב, חובה לצרף לטופס זה הפניית רופא!

- יש לקבל הפנייה מרופא/ה כירורגית או רופא/ה יועץ/ת במרפאות חוץ של בתי החולים.
- ניתן להגיש את הפניית הרופא/ה בצירוף מסמכים רפואיים כגון צילומי רנטגן, בדיקות ו/או מסמכים רפואיים המעידים על מצב נפשי.
- באפשרותכם לשלוח את הטופס בפקס, בדואר אלקטרוני או להגישו במשרדי המרכז הרפואי (סניף). עם קבלת הטופס בצירוף הפניית הרופא/ה והמסמכים הרפואיים, ישלח אליכם זימון לוועדה. הזימון ישלח באמצעות דואר ישראל או בדואר אלקטרוני.
- לשינוי/ביטול תור/בירור, ניתן לשלוח פקס או להעביר פנייה במייל למחוז המתאים (לפי הפרטים המצוינים בטבלה).

| מחוז           | כתובת דוא"ל                    | פקס         |
|----------------|--------------------------------|-------------|
| מרכז ושרון     | sharonpls@mac.org.il           | 03-7178305  |
| ירושלים והשפלה | jrsf_plasti@mac.org.il         | 076-8893302 |
| צפון           | zfn-haifa-chirurgit@mac.org.il | 073-2284398 |
| דרום           | darom_chirurgit@mac.org.il     |             |

### פרטים אישיים:

|                 |          |          |                      |                           |  |
|-----------------|----------|----------|----------------------|---------------------------|--|
| שם משפחה:       |          | שם פרטי: |                      | מס' תעודת זהות: (9 ספרות) |  |
| רחוב:           | מס' בית: | יישוב:   | מיקוד:               |                           |  |
| מס' טלפון נייד: |          |          | כתובת דואר אלקטרוני: |                           |  |

### פרטים לגבי הניתוח/ההרזיה:

|   |                        |                                    |
|---|------------------------|------------------------------------|
| הרקע לפנייה:                            |                        |                                    |
| לאחר ניתוח בריאטרי לאחר דיאטה אחר _____ |                        |                                    |
| משקל לפני הניתוח / הרזיה:               | גובה:                  | תאריך הניתוח הבריאטרי/או הדיאטה:   |
| סוג הניתוח                              | משקל ביום משלוח הטופס: | כמה זמן במושקל יציב (לאחר ההרזיה): |

אני, החתום/ה מטה, מאשר/ת כי הפרטים דלעיל נכונים:

|                 |        |        |
|-----------------|--------|--------|
| שם פרטי ומשפחה: | תאריך: | חתימה: |
|-----------------|--------|--------|

## הסכמה לשליחת מידע רפואי בדואר אלקטרוני

אני הח"מ מאשר/ת ומסכים/ה בזאת כדלהלן:

אני מאשר/ת בזאת ל"מנכבי שירותי בריאות" להעביר אלי חומר רפואי הנוגע לפנייתי לאישור מקדים,

בדואר אלקטרוני, לכתובת: \_\_\_\_\_

ידוע לי, כי בעת משלוח דואר אלקטרוני קיים סיכון שמידע רפואי שלי יימסר/יגיע למישהו אחר חוץ ממוני, ולא באופן אישי לידי, על כל המשתמע מכך.

בהתאם לכך, אני פוטר/ת את מנכבי מכל אחריות בקשר לאי הגעת החומר לידי או הגעתו לידי מי שאינו מורשה לכך על ידי.

**ולראיה באתי על החתום:**

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_