

**בקשה לכינוס דיון בוועדת חריגים בנוגע למתן שירות בריאות שאינו כלול בסל**

**כללי** .1

שם המבקש \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
שם רופא המשפחה בכללית \_\_\_\_\_  
שם הרופא המטפל הממליץ על השימוש בתרופה/טכנולוגיה \_\_\_\_\_  
שם מיופה הכוח/האפוסטרופוס \* \_\_\_\_\_  
  
שם הטכנולוגיה/התרופה ושם היצרן \_\_\_\_\_  
מינון \_\_\_\_\_ תדירות הטיפול \_\_\_\_\_

**מסמכים שיש לצרף לבקשה** .2

- 2.1. המלצה רפואית מנומקת לקבלת שירות הבריאות המבוקש חתומה על ידי הרופא המטפל.  
2.2. סיכום המידע הרפואי העדכני מרופא המשפחה בכללית.

.3 נימוקים נוספים שמגיש הבקשה מעוניין להביא לידיעת ועדת החריגים:

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ חתימת המבקש

\_\_\_\_\_ תאריך

\* ימולא במקרה שהמבקש מינה מיופה כוח מטעמו או מונה לו אפוטרופוס.

**נספח ב'**

**ייפוי כוח**

1. אני החתום מטה \_\_\_\_\_ נושא ת"ז \_\_\_\_\_  
שכתובתי \_\_\_\_\_  
ממנה בזאת את \_\_\_\_\_ הנושא ת"ז \_\_\_\_\_  
שכתובתי \_\_\_\_\_

להיות בא כוחי ולייצגני בפני הוועדה הדנה בבקשות למתן טכנולוגיות/תרופות שמחוץ לסל.

2. בלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל בא כוחי רשאי לעשות בשמי ובמקומי את הפעולות הבאות:

- א. לבקש ולקבל מידע רפואי מכל מטפל שבדק אותי או טיפל/מטפל בי ומכל מוסד רפואי שבו טופלתי או שבו אני מטופל.  
ב. לייצגני בפני הוועדה הדנה בבקשות למתן טכנולוגיות/תרופות שמחוץ לסל.  
ג. להגיש לוועדה כל מסמך רפואי הנחוץ לשם הדיון בבקשה.

ולראיה באתי על החתום בדעה צלולה, מרצוני החופשי וללא לחץ או כפייה,

ביום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ במקום \_\_\_\_\_

**חתימת המטופל**