

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/האפוטרופוס * _____

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