

טופס הגשת בקשה לפאה אונקולוגית

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת. לידה: _____

ת.ז: _____ גיל: _____ אני רגילה ללבוש כיסוי ראש כן / לא

שם האב: _____ שם האם: _____

כתובת - רחוב: _____ מס' בית: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____

בית החולים: _____ מחלקה: _____ רופא: _____

עו"ס: _____ טלפון עו"ס: _____

קופת חולים: _____ סוג הביטוח בקופת החולים: _____

אבחנה: _____ תאריך אבחנה: _____

מצב רפואי: טיפול אקטיבי / טיפול אחזקה, מה כולל? _____

תאריך סיום טיפול אקטיבי: _____

האם כבר השתמשת בהחזר מקופת החולים עבור פאה אונקולוגית בשנה האחרונה? כן / לא

מצו"ב:

1. סיכום רפואי מאונקולוג / אבחנה עדכנית עד 3 חודשים לאחר
 2. אישור רפואי על נשירת שיער מטעם העו"ס/הרופא המטפל - המופנה ל"זכרון מנחם"
 3. צילום כרטיס קופת חולים
 4. חברות קופ"ח מאוחדת- יש לצרף התחייבות, קוד AV-025.
- לתשומת ליבך, חובה למלא את השאלון במלואו. ללא 3 המסמכים המבוקשים לא נוכל להענות לבקשתך, תודה
- * הפאות ניתנות לילדות ונשים בלבד.

לשימוש המשרד: _____

אישור: _____ הערות: _____