

טופס הזמנה לניתוח כירורגיה

רופא יקר,

אנא השתדל למלא את כל הפרטים בכדי שנוכל לטפל ביעילות.

תאריך: _____.

<u>שם מלא</u>	<u>מס ת.</u>	<u>שם הניתוח</u>	<u>קופת חולים \ חברת ביטוח</u>	<u>תאריך לידה / גיל</u>	<u>סוג הרדמה</u>	<u>לילה</u>	<u>משך הניתוח</u>	<u>תאריך הניתוח</u>	<u>הערות</u>
					/ /	כן לא			
					/ /	כן לא			
					/ /	כן לא			
					/ /	כן לא			
					/ /	כן לא			

• לשלוח לפקס מס' 08-6267799 * מס טלפון לבדיקת קבלת הפקס 08-6267777

תודה מראש
צוות המרכז הרב תחומי

שם הרופא (חתימה וחותמת): _____.