

טופס מועמדות לניתוח שתל קוכליארי

תאריך: ____ / ____ / ____

מחוז: _____

פרטי המועמד להשתלה:

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

תאריך לידה: ____ / ____ / ____

ת.ז: _____

עיר: _____

כתובת: _____

טל' ניד: _____

טל' בית: _____

רופא משפחה: _____

רופא א"ג: _____

האם יש מושתלים נוספים במשפחה? _____

סטטוס שמיעה: (יש לצרף העתק של אודיוגרמה אחרונה)

אוזן ימין: _____

אוזן שמאל: _____

שתל לאוזן: ימין שמאל

שתל קוכליארי:

מס' מק"ט: _____

סוג השתל הנבחר: _____

שם הספק: _____

האם יש המלצה רפואית לשתל ספציפי (פירוט הסיבה): _____

שם ותפקיד הממליץ: _____ שם בי"ח: _____

חתימה וחותמת הרופא: _____ מועד הניתוח: ____ / ____ / ____

שתל לאוזן: ימין שמאל

שתל קוכליארי שני:

מס' מק"ט: _____

סוג השתל הנבחר: _____

שם הספק: _____

האם יש המלצה רפואית לשתל ספציפי (פירוט הסיבה): _____

שם ותפקיד הממליץ: _____ שם בי"ח: _____

חתימה וחותמת הרופא: _____ מועד הניתוח: ____ / ____ / ____

אישור וועדת שתל שני התקבל בתאריך: ____ / ____ / ____ (יש לצרף אישור וועדה חתום)

מאושר לא מאושר

אישור מנהל רפואי או מטעמו:

מאושר במגבלות: _____

שם+ חתימה: _____