

טופס פנייה לשירות יעוץ תרופתי- בית חולים בילינסון

שם: _____

ת.ז: _____

טלפון ליצירת קשר: _____

עיר מגורים: _____

קופת חולים: _____

אם את/ה פונה בשמו של המטופל/ת, מה הקשר שלך למטופל/ת? _____

מספר שאלות קצרות:

1. האם פנית אלינו בעבר? כן / לא

2. האם הנך מטופל/ת באחת ממרפאות החוץ שלנו בבילינסון? לא/ כן, היכן _____

3. האם אושפזת בחצי השנה האחרונה? לא/ כן, היכן _____ מדוע? _____

במידה והאשפוז בבית חולים אחר נא לצרף למייל מכתב סיכום במידת האפשר.

4. האם הנך נוטל/ת תוספי תזונה/תרופות אלטרנטיביות? לא / כן

פרטי _____

5. האם הנך אלרגי/ת לתרופות או חומרים? לא / כן

פרטי _____

אנא פרטי את התרופות אותן את/ה נוטל/ת:

ניצור קשר בקרוב, צוות המרפאה