

## 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: \_\_\_\_\_