



PROF. JEFFRY KASHUK

FACIAL AESTHETICS & SURGERY

שאלון רפואי לפני יעוץ או טיפול פיסורה אנאלי

פרטים אישיים:

שם מלא: _____ ת.ז: _____
 טלפון: _____ נידד: _____ תאריך לידה: _____
 דוא"ל: _____
 כתובת: _____

שאלון רפואי:

האם עברת בעבר ניתוח פיסורה? כן / לא
 האם עברת בעבר טיפול פיסורה? כן / לא
 האם עברת בעבר ניתוח בריאטרי? כן / לא
 האם את/ה נוטל תרופות באופן קבוע? כן / לא פרט: _____
 האם את/ה חולה במחלה/ות כרונית? כן / לא פרט: _____
 האם את/ה סובל/ת מאלרגיות? כן / לא פרט: _____

הסכמת המטופל/ת – נא לסמן במקום המתאים:

- מובן לי כי השימוש בבוטוקס בטיפול זה הינו פרטי ואינו חלק כלל מסל הבריאות של קופת חולים
- מובן לי כי עלי להסדיר את התשלום במלואו, טרם תחילת הטיפול.
- מובן לי כי כל ביקור מעקב למשך 3 חודשים לאחר הטיפול, אינו כרוך בתשלום. (לאחר זמן זה, הביקור יסווג כביקור חדש וכפוף לחיובים)
- צוות המרפאה יכין את כל הניירת הדרושה להגשת ביטוח פרטי, אולם זוהי אחריותו המלאה של המטופל לטפל ולדאוג לכל ההגשות והתביעות הרלוונטיות.

בחתימתי הנני מצהיר/ה כי הפרטים אשר מולאו בגיליון זה מולאו על ידי והינם נכונים

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____



PROF. JEFFRY KASHUK

FACIAL AESTHETICS & SURGERY

בדיקה רופא:

_____ מקום:

_____ דרגת פיסורה:

_____ טחורים:

_____ טונוס:

_____ פיסטולה: