



הראל
 חברה לביטוח

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח

מספר פקס 03-7547900

למילוי בידי הרופאים

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

חלק זה ימולא על-ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

פרטי הרופא		שם המשפחה		שם פרטי		ההתמחות		מספר טלפון		מספר טלפון סלולרי	
רחוב		מספר בית		יישוב		מיקוד		מספר פקס			
פרטי המבוטח		שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות					
טיפול במבוטח		המבוטח בטיפול החל מתאריך		שנה חודש		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח					
						מתאריך					
האבחנה		האבחנה הנוכחית									
		המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -		התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -		הצורך בניתוח נקבע בתאריך -					
		האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> תאונת דרכים <input type="radio"/> אחר, כן, פרט									

חתימת הרופא וחותמת

תאריך

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ואז הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

פרטי הרופא		שם המשפחה		שם פרטי		ההתמחות		מספר טלפון		מספר טלפון סלולרי	
רחוב		מספר בית		יישוב		מיקוד		מספר פקס			
פרטים על הניתוח המומלץ		שם הניתוח המומלץ:									
		בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:									
הערות נוספות		את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:		בבית-חולים:							

חתימת הרופא וחותמת

תאריך