

**בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק א' למילוי ע"י המבוטח**  
**נא לשלוח לפקס: 6392398 - 03**

מבוטח נכבד,  
 על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך על מילוי הטופס. לתשומת ליבך, חלק ב' של הטופס ימולא ע"י הרופא המטפל. את שני חלקי הטופס המלאים, יש לשלוח ל- "כלל בריאות" באמצעות הפקס, בצירוף מסמכים רפואיים, כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון, אם קיימים, קבלות מקוריות וכל מסמך רפואי רלוונטי אחר.

אם אתה זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, באמצעות הביטוח המשלים של קופ"ח או כל גורם אחר, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי תביעת הפוליסה.

**חלק א' - למילוי ע"י המבוטח**      אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	ת. לידה	מס' פוליסה	<b>1. פרטי המבוטח</b>															
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס																
שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי																	
שם מקום העבודה של בן / בת הזוג	מס' טלפון בעבודה	כתובת דוא"ל של המבוטח																		
פרטי סוכן הביטוח: שם פרטי ומשפחה ומס' טלפון			E.MAIL:																	
שם קופת החולים	הסניף	שם רופא המשפחה המטפל																		
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל																		
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, משנת _____ מסוג _____ האם יש לך ביטוח משלים אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____ האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____																				
<input type="checkbox"/> האם יש השתתפות של קופ"ח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אמצעי התחייבות מקופ"ח (ט' 17): <input type="checkbox"/> לרופא ולבי"ח <input type="checkbox"/> לרופא <input type="checkbox"/> לבי"ח																				
<input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">פרטי ההוצאה</td> <td style="width: 20%;">הסכום ב- ₪</td> <td style="width: 20%;">תאריך</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">אחר - 1.</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">2.</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">3.</td> </tr> </table>						פרטי ההוצאה	הסכום ב- ₪	תאריך	התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח			אחר - 1.			2.			3.		
פרטי ההוצאה	הסכום ב- ₪	תאריך																		
התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח																				
אחר - 1.																				
2.																				
3.																				
<input type="checkbox"/> נא להעביר לזכות חשבוני: <input type="checkbox"/> שם הסניף <input type="checkbox"/> מס' הסניף <input type="checkbox"/> מס' חשבון <input type="checkbox"/> בבנק																				

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי, לרבות קופ"ח ובי"ח, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטוח ו/או לצה"ל ו/או לרשויות המקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או לקרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצב בריאותי ו/או מצוי בידיו חומר כזה שהועבר על ידי צד ג' כלשהו למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקשת") כל מידע רפואי אודותיי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחו"ת האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או מי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם. הנני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובותיי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה **X**

\*\*\* טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו \*\*\*

**בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק ב' למילוי ע"י הרופא המטפל**  
**נא לשלוח לפקס: 03 - 6392398**

רופא/ה נכבד/ה,  
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא עני/ה על כל השאלות שלהלן:

**חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפלת/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.**

שם המשפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.	
1. פרטי המבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך:		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		
	שנה	חודש	מתאריך		
2. הטיפול במבוטח	האבחנה הנוכחית:				
	הסיבה לניתוח: ת.דרכים / ת. עבודה / ת. ספורט / אחר				
3. האבחנה	המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -		התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -		הצורך בניתוח נקבע בתאריך -
	שם המשפחה	שם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולרי
4. פרטי הרופא	רחוב		מס' בית	יישוב	מיקוד
	מס' פקס		מס' פקס		

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת הרופא  
 וחותמת

**חלק זה ימולא ע"י הרופא המנתח**

1. פרטים על הניתוח המומלץ	שם הניתוח המומלץ:				
	בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:				
2. הערות נוספות	את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך		בבי"ח		
	שם המשפחה				
3. פרטי הרופא	רחוב		מס' בית	יישוב	מיקוד
	מס' פקס		מס' פקס		

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת הרופא  
 וחותמת

\*\*\* טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו \*\*\*