



## בקשה לדיון בוועדת חריגים בנוגע למתן שירות בריאות שאינו כלול בסל

1 פרטים אישיים			
שם מלא	תעודת זהות	גיל	מין
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת	מספר טלפון	מספר נייד	

2 פרטים בגין מהות הפניה
1. האבחנה: _____
2. שם התרופה/פרוצדורה רפואית מבוקשת כחריג: _____

3 סיבת הפנייה לוועדת חריגים
_____
_____
_____
_____
_____

4 פירוט הרקע הרפואי לבקשה וחריגות רפואיות (לאחר צירוף מסמכים רפואיים)
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5 חתימת המבקש		
שם מלא	חתימה	תאריך