



בקשה לדין בוועדת חריגים בנוגע למתן שירות בריאות שאינו כלול בסל

1 פרטים אישיים												
שם מלא			תעודת זהות				גיל		מין			
									☐ זכר ☐ 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