

אישור רפואי להשתתפות בתוכנית הבראה לחולים אונקולוגיים

פרטי האישור	
שם המבוטח	מספר תעודת זהות
הריני מאשר כי המבוטח: אובחן בשנת _____ כסובל/ת ממחלה ממארת מסוג _____. המבוטח סיים/ את שלב הטיפולים האונקולוגיים האינטנסיביים (כימותרפיה/רדיולוגיה/ביולוגי/כירורגי) בתאריך (חודש ושנה): _____ סמן X: ☐ כעת אין עדות למחלה פעילה ☐ המבוטח ממשיך/ה בטיפולים על פי פרוטוקול רפואי המתאים למצבו/ה בנוסף הריני לאשר שאין מגבלה רפואית המונעת את השתתפותו בסדנא ובפעילות גופנית בעצימות נמוכה.	
תאריך	שם וחתומת הרופא