

טופס בקשה לניתוח בבית חולים פרטי/פ/שר"ן (הניתוחים כרוכים בתשלום השתתפות עצמית)

1 פרטים כלליים		
סניף	תאריך מילוי הבקשה	בית חולים מועדף
פרטי העמית		
שם מלא	תעודת זהות	תאריך לידה
כתובת	מספר טלפון	סוג כיסוי
		☐ לאומית כסף ☐ לאומית זהב

2 פרטי הניתוח המבוקש (ימולא ע"י הרופא המנתח)	
סוג הניתוח המבוקש (אותיות דפוס): _____	
קוד ICD-9: _____ קוד הקופה: _____	
אינדיקציות לניתוח ובדיקה גופנית: _____	
*נא לצרף מסמכים נלווים כולל בדיקות מעבדה. *אין לקבוע תור לניתוח לפני אישור הניתוח ע"י הקופה. *יש למלא טופס זה בכתב יד קריא וברור *חובה לאשר את מקום ביצוע הניתוח ע"פ הנחיות הקופה. *העתק הטופס ישמר בסניף, בקלסר יעודי	

3 אישור הרופא המנתח		
שם הרופא	מספר רישיון	כתובת מקום עבודה/סניף
טלפון (עבודה)	טלפון סלולרי	
הריני לאשר בחתימתי כי הסברתי לעמית את זכאותו לעבור את הניתוח בבי"ח ציבורי שלא באמצעות הביטוח המשלים (השב"ן) חתימה וחותמת: _____		

4 עבר רפואי (ימולא ע"י רופא המשפחה)	
מחלות רקע: _____	
תרופות (יש לפרט באותיות דפוס כולל מינון): _____	
אלרגיה: _____ עישון: ☐ כן ☐ לא נוגדני קרישה: ☐ כן ☐ לא	
חתימה וחותמת: _____	

5 אישור הקופה (ימולא ע"י רופא אחראי/מחוזי)	
☐ מאושר ☐ לא מאושר קוד אישור: _____	
הערות: _____	
חתימה וחותמת: _____	

6 אישור העמית	
הריני לאשר בזאת, כי הרופא המנתח הסביר לי, כי אני זכאי לעבור את הניתוח בבי"ח ציבורי שלא באמצעות השב"ן, ללא השתתפות עצמית כלשהי בגין עלות בי"ח ו/או שכר הרופא המנתח. ידוע לי שההשתתפות העצמית כוללת את כל רכיבי ההוצאה לרבות תשלום בגין חדר ניתוח, שכר מנתח ואביזרים מושתלים. * שדרוך לעדשת פרימיום בניתוחי קטרקט – כרוך בתוספת תשלום לביה"ח.	
שם העמית:	חתימה:
_____	_____