

## אישור רפואי להשתתפות בתוכנית הבראה לחולים אונקולוגיים

פרטי האישור	
שם המבוטח	מספר תעודת זהות
<p>הריני מאשר כי המבוטח:  אובחן בשנת _____ כסובלת/ממחלה ממארת מסוג _____.  המבוטח סיים/ את שלב הטיפולים האונקולוגיים האינטנסיביים (כימותרפיה/רדיולוגיה/ביולוגי/כירורגי)  בתאריך (חודש ושנה): _____  סמן X:  <input type="checkbox"/> כעת אין עדות למחלה פעילה  <input type="checkbox"/> 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.</p>	
תאריך	שם וחתמת הרופא