



טופס שירות אל תור

1

פרטים כלליים

לקוח/ה יקר/ה,

על מנת לחסוך מזמנך, לנוחיותך שירות אל תור להארכת מרשם לתרופות קבועות.

ניתן לשלוח את הטופס באמצעות פקס מס': _____

פנייתך תטופל תוך 2 ימי עבודה מהגשת הבקשה במרכז הרפואי.

אל ד"ר: _____ (רופא המשפחה שביקרת אצלו ב-12 החודשים האחרונים).

שם מלא				תעודת זהות				טלפון נייד				טלפון נוסף			

בקשה עבור מרשם לתרופות הבאות (תרופות קבועות בלבד):

שם תרופה	מינון	כמות יחידות ביום	מספר מרשמים (עד 3)
1			
2			
3			
4			
5			

☐ אבקש לקבל מסרון (SMS) למס' הנייד כאשר יופק מרשם: _____☐ אבקש לקבל עדכון לכתובת המייל כאשר יופק מרשם: _____***לידיעתך בחלק מהמקרים, על פי שיקול דעת רפואי, תזמן לרופא בטרם חידוש המרשם.**

חתימת הלקוח	תאריך החתימה
_____x	

2

שימוש הרופא והמרכז הרפואי

החלטות הרופא (לשימוש הרופא)

המשך טיפול:

☐ נא לזמן תור לרופא מטפל☐ נא לבצע מדידות לחץ דם בחדר אחות☐ נא לבצע מדידות גובה ומשקל בחדר אחות☐ נא לבצע בדיקת קרקעית בעין אצל רופא עיניים☐ נא לבצע בדיקה תקופתית אצל מומחה כף רגל

אחר: _____

שם פקיד/ה מטפל/ת (לשימוש המרכז הרפואי): _____