

הפניית מטופל לביצוע ניתוח / פעולה ב"מדיקה מרכזיים רפואיים" רמת החייל

פרטי המטופל:

שם המשפחה: _____ שם פרטי: _____
גיל: _____ מין: ז / נ תאריך לידה: _____ מספר טלפון: _____
כתובת: _____

שאלון רפואי:

גובה: _____ משקל: _____
עישון: לא כן כמה קופסאות ליממה: _____ שתיית אלכוהול: לא כן כמה פעמים בשבוע: _____
האם סובל/ת מרגישויות: _____
ו/או תופעות לוואי: _____
ו/או אלרגיות: _____
תרופות קבועות: _____
אבחנה לניתוח: _____ שם הניתוח: _____
מחלות רקע: _____
מחלות מידבקות: _____ פרט: _____
ניתוחים בעבר: _____
אישפוזים בעבר: _____

חתימת וחותמת הרופא

תאריך