



תאריך: _____

מחלקת רשומות ומידע רפואי,
המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי
איכילוב

בקשה לקבלת מסמכים רפואיים.

אבקשכם למסור בידי, או לשלוח לכתובתי את העתקי המסמכים מתוך התיק הרפואי שלי
לפי הפירוט כדלקמן:

מסמכים אלה נחוצים לי לצורך _____

שם: _____ מס' זהות: _____

כתובת: _____ מס' טלפון: _____

חתימת המטופל: _____

אישור

זיהינו את המבקש עפ"י תעודת זהות או _____

שם המזהה: _____

נמסר/ נשלח בתאריך _____

שם וחתימת מוסר המסמכים _____