



תאריך: _____

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

טופס לקבלת שעת לידה

שם המבקש: _____

שם האמא + ת.ז (היולדת): _____

שם האב היולדת: _____

שם בעל היולדת: _____

תאריך מדוייק של הלידה: _____

טלפון: _____