

למילוי ע"י לשכת הבריאות
שם הלשכה
תאריך הקבלה.....

הודעה אינדיבידואלית על מחלה מחייבת הודעה

החולה:

1. שם המשפחה 2. שם פרטי..... 3. שם האב.....
 4. מס' זיהוי.....
 5. כתובת עיר רחוב מס' בית מס' טלפון
 6. תאריך לידה..... 7. מין ז / נ
 8. במקרה של מחלת מין יש לציין מצב משפחתי : ר / נ / א / ג
 9. ארץ לידה..... 10. תאריך עליה..... 11. ארץ לידת האב.....
 12. דת/לאום..... 13. תעסוקה נוכחית.....
 14. מקום העבודה (לגבי ילדים- שם וכתובת הגן או ביי"ס).....
 15. האבחנה:
 16. ממצא קליני.....
 17. ממצא מעבדתי.....
 18. שם המעבדה בה בוצעה הבדיקה.....
 19. תאריך ומס' אישור מעבדתי.....
 20. תאריך התחלת המחלה.....
 21. חוסן נגד המחלה הנדונה כן/לא אם כן, תאריך.....
 22. נשלח לבית חולים : כן/לא 23. שם בית החולים שבו אושפז.....
 24. המחלקה..... 25. מס' גליון החולה..... 26. תאריך האשפוז.....
- הערות:**
.....
.....
27. השם המלא של הרופא החותם..... 28. חתימה.....
 29. מקום עבודה של הרופא..... 30. מס' טלפון.....
 31. תאריך מילוי הטופס.....