

תאריך לקיחת הדגימות

--	--	--	--	--

תעודת משלוח חומר לבדיקה

מקור (ימולא רק אם נשלח ממערכת ציבורית) מס' מקור _____

מערכת _____ אתר _____

הרופא השולח רופא מחליף: רשום גם את שם הרופא הקבוע

מס' רשיון _____ מס' טלפון _____

שם _____ פרטי משפחה _____

כתובת _____

רופא קבוע _____ שם משפחה ופרטי _____

בעלים מס' ת.ז./עוסק מורשה _____

שם _____

כתובת _____

ישוב _____ מיקוד _____

מס' ימי מחלה	מס' בע"ח בעדר/להקה	סוג בע"ח	מהות החומר	פרטי החומר הנבדק
	מהם נגועים	מס' דגימות	מקום (אם שונה מהכתובת)	

מין ז/נ	תאריך לידה/בקיעה או גיל	מס' תוית אוזן ממשלתית - או מס' זהוי או שם (אם ילוד או נפל - מס'/שם האם)	הזהוי (סמן ב-X)						גזע	פרטי בע"ח
			תוית	כויה	סימן	שם	ילוד	נפל		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

תאור המקרה (סימנים קליניים, טיפולים תרופתיים, חיסונים, ממשק ותוצאות הניתחה)

המשך מעבר לדף במקרה הצורך ←

אבחנת הרופא

בדיקות מבוקשות

חתימת הרופא השולח _____

התחייבות אבקשכם לבצע את הבדיקות הנדרשות לפי החלטתכם, אני מתחייב לסלק את החשבון שישלח על ידכם תוך 14 יום מיום קבלתו.

שם _____ פרטי _____ משפחה _____

מס' ת.ז. _____ בכבוד רב, _____ חתימה _____