ביופסיה נוזלית בישראל

שיר לחיים

טופס בקשה להורים

מלאו את פרטי ההורה והילד/ה. את חלק ב׳ יש להעביר לרופא/ה המטפל/ת למילוי ולחתימה. לאחר השלמת כל החלקים, שלחו את הטופס המלא פעם אחת לפי ההנחיות בתחתית העמוד.

1 חלק א׳ | פרטי ההורה והילד/ה

שם מלא של ההורה / האפוטרופוס/ית

מספר טלפון

כתובת אימייל

שם מלא של הילד/ה

גיל הילד/ה

בית החולים / המרכז הרפואי המטפל

2 חלק ב׳ | אישור הרופא/ה המטפל/ת

שם מלא של הרופא/ה

טלפון או אימייל של הרופא/ה

אני ממליץ/ה למטופל/ת לעשות בדיקה של ביופסיה נוזלית:

חתימת הרופא/ה וחותמת: *תאריך:*

אישור בכתב והערות הרופא/ה בנוגע לבקשה

אישור ההורה / האפוטרופוס/ית

אני הורה/אפוטרופוס/ית של הילד/ה שפרטיו/ה מופיעים בטופס. הפרטים נמסרים לצורך טיפול בבקשה זו.

חתימת ההורה / האפוטרופוס/ית: תאריך:

הגשה אחת: שלחו את הטופס המלא והחתום אל biopsy@shirforlife.com

הטופס מיועד למשפחות בישראל בלבד. אין לצרף מסמכים רפואיים נוספים שלא התבקשו.