



ת.ז. / תאריך לידה

שם המטופל/ת

פרטי הטיפול

1. המטופל/ת נמצא/ת כעת בטיפול אונקולוגי פעיל (נא לסמן):

☐ כימותרפיה (עירוי) ☐ כימותרפיה / טיפול ביולוגי-ממוקד פומי (בכדורים) ☐ הקרנות ☐ ניתוח☐ אחר:

2. הטיפול ניתן לטיפול במחלה פעילה, ולא רק כטיפול מונע, הורמונלי, או תחזוקתי שגרתי.

☐ מאושר - הטיפול פעיל ואינו טיפול מונע / תחזוקתי בלבד

3. בשל המחלה ו/או הטיפול בה, המטופל/ת טרם הצליח/ה לחזור לשגרת חייו/ה הרגילה, לעבודתו/ה או לתפקוד היומיומי.

☐ מאושר

4. אין מניעה רפואית ליציאה לנופש בארץ.

☐ מאושר - אין מניעה רפואית ליציאה לנופש בארץ

מידע רפואי נוסף (רשות):

פרטי הרופא/ה המאשר/ת

מספר רישיון רפואי

שם הרופא/ה

בית חולים / מרפאה

התמחות / מחלקה

תאריך

חתימה

חותמת

מקום לחותמת

ניתן לשלוח את הטופס המלא באחת מהדרכים הבאות:

וטסאפ: 0536226393 מייל: office@refanah.org פקס: 1535362263093