

## טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו  בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח?  
יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם?  
[למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#) <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



## טופס בקשה למשלוח מידע להורה או אפוטרופוס נוסף

אני, \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, אביו/אמו ואפוטרופוסו של הקטין/ים/ות:

, נושא ת.ז. \_\_\_\_\_,

, נושא ת.ז. \_\_\_\_\_,

, נושא ת.ז. \_\_\_\_\_, (להלן: "הקטין/ים"), (רצ"ב צילום ת.ז.).

מבקש/ת לקבל ממכבי שירותי בריאות, מידע רפואי אודות ילדיי הקטינים המצוינים לעיל, אם וככל שמידע זה בקשר לקטין/ה נשלח בדואר רגיל ו/או בדואר אלקטרוני להורה השני.

אבקש לקבל מידע זה לכתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_.

בהעדר כתובת מייל זמינה, אבקש לשלוח מידע זה לכתובתי:

---



---

תאריך:	שם המבקש/ת:	חתימה:

ZndParent\_06

### אישור החתימה על ידי מתאם/ת שירות:

אני מאשר/ת בזאת כי מר/גב' \_\_\_\_\_ התמו על בקשה זו בפני לאהר אימות זהותם

באמצעות ת.ז. \_\_\_\_\_.

תאריך:	שם המתאם/ת:	חתימה: