



מס' הפניה : 250006801375
תאריך : 09.02.2025
ספק משהב"ט : 0011023836

דרך יעקב דורי ת.ד. 928 , קרית אונו
טלפון : 03-7776777

הפניה לרופא

פרטי הספק: קרטה אואנה פאולה
כתובת הספק: אלי הורביץ 27 קומה 5 , רחובות
טלפון : 08 - 9702314

פרטי הזכאי/ת:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	מ.ז.
לוגסי	אבי	717385009	316214899
רחוב	ישוב	מיקוד	טלפון
סירקין 18	יהוד-מונוסון	5622909	058 - 6040372

זכאי לטיפול בפגיעות/מחלות הבאות:

סיבת הפניה:

נא לקבל את הנ"ל ל:

בדיקה ראשונית/חוזרת לקביעת תוכנית טיפול 010807

1

נחתם דיגיטאלית

סולימני מיכל מ.ר.
אחראית שר"פ

כוחה של הפניה זו יפה מתאריך 09.02.2025 עד תאריך 08.05.2025
יש להביא לבדיקה כל חומר רפואי רלוונטי.

את תוצאות הבדיקה/חו"ד יש לשלוח לרופא המוסמך המחוזי במחוז השיקום בו הנך מטופל
במידה ולא נעשה שימוש בהפניה יש להחזירה למחוז השיקום ממנו הופקה
עבור נסיעה לצרכי טיפול רפואי/פארא רפואי או לצורך קבלה ו/או תיקון ציוד רפואי ניתן לקבל החזר הוצאות נסיעה.
לפרטים וברור הזכאות יש לפנות למחלקה לשרותים רפואיים במחוז.





דרך יעקב דורי ת.ד. 928, קרית אונו
טלפון: 03-7776777

מס' הפניה : 250006801375
תאריך : 09.02.2025
ספק משהב"ט : 0011023836

דף זה מיועד למתן תשובה.

לכבוד
סולימני מיכל
דרך יעקב דורי ת.ד. 928, קרית אונו טלפון: 03-7776777
מחוז שיקום: דן

פרטי הזכאית:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	מ.ז.
לוגסי	אבי	717385009	316214899
רחוב	ישוב	מיקוד	טלפון
סירקין 18	יהוד-מונוסון	5622909	058 - 6040372

ד"ר נכבד/ה,

קרטא אואנה פאולה
מספר ספק: 0011023836

תאריך



מספר הפניה :
250006801375



דרך יעקב דורי ת.ד. 928, קרית אונו
טלפון: 03-7776777

מס' הפניה : 250006801375
תאריך : 09.02.2025
ספק משהב"ט : 0011023836



דו"ח טיפולים

פרטי הזכאי/ת:

שם משפחה לוגסי	שם פרטי אבי	מ.ת. 717385009	מ.ז. 316214899
רחוב סירקין 18	ישוב יהוד-מונוסון	מיקוד 5622909	טלפון 058 - 6040372

מס'	תאריך	מס' טיפולים	סוג הטיפול	חתימת הזכאי
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי נתתי את הטיפול על פי הפירוט לעיל.

תאריך :

חתימה וחותמת :

תאריך

ד"ר

מספר ספק :