

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י הדפסת_תיקים_אונליין

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 22706535

שם משפחה: גניחובסקי	ת.לידה: 21/01/1967	רחוב: נועם אלימלך
שם פרטי: יהודית	גיל: 59.6	מס: 14
שם האב: שמואל	מין: נ	עיר: בני ברק
מ. משפחתי: נשוי		מיקוד: 5154636
		טלפון בבית: 03-6199732
		טלפון נייד: 0548597133
ארץ לידה: ישראל		מקום עבודה: גן מרים
קוד אשראי: 2 V		
סוג ביטוח משלים: מגן זהב		פטור מתשלום היטל רבעוני: 0
		ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/07/1999

22/02/2015 15:29:49

אנמנזה

אנשי קשר ומצב סוציאקונומי

מצב משפחתי: נשוי

בעיות ידועות

תחילת הבעיה	אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
14/02/2021	CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19			
07/2017	HYPERPARATHYROIDISM	M/P		
07/2017	OSTEOPOROSIS			
03/2023	HYPOTHYROIDISM UNS			
08/2021	HYPERTENSION			
01/2026	OBESITY (30 <= BMI < 35)			

רגישויות

ת.רישום	רגישות	התבטאות הרגישות	הערות	סוג תגובה	סיווג
02/07/2008	אבק				אחר

סוג דם

סוג דם: B Rh Positive

לא להצלבה

שים לב ! בדיקה זו בוצעה בעבר

תוצאתה מובאת לעיל.

לא להצלבה

:RH +

הרגלים

עישון:

סטטוס	ממוצע ליום	סה"כ שנים	שנות חפיסה	תאריך סיום	מגמת שינוי	טיפול בעבר	ת. רישום	נרשם ע"י
לא							11/08/2021	יצחק רבקה אחות סניף

פעילות גופנית למטרת ספורט:

ת.רישום	סטטוס	סוג פעילות	דקות בשבוע
11/08/2021	ללא פ"ג		

אלכוהול :

ת.רישום	סטטוס	מספר יחידות בשבוע	ת.הפסקה
11/08/2021	לא		

* יחידת אלכוהול=פחית בירה (330 סמ"ק) או כוסית יין (120 סמ"ק) או כוסית קטנה של משקה אלכוהולי מסוג וויסקי/וודקה/קוניאק (40 סמ"ק)

סמים :

ת.רישום	סטטוס	סוג	דרך צריכה	שנים	כמות	ת.הפסקה
11/08/2021	לא					

26/07/2026 17:56:38

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 59.6 מספר ביקור: 00359228380

שם רופא/ה: גב.דר' ויליאן מיכל תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: ת דרכים לפני חודש, ישב הליד הנהג, נחבלו ונדחפו עי אוטובוס
טסיות גבוהות, ממצא אקראי בטרם
היו גם בשנה האחרונה עד K 550
תת תריסיות מאוזנת
לאחרונה הפרעת שינה, תיאבון תקין ללא ירידת משקל , דפיקות לב
לא אוכלת מסודר לאחרונה עקב מחלת האם

כאב גרון בעיתות מתח
אקו לב מאמץ לפני 3 שנים, המרעת רלקסציה , EF 60% נוזל מינימלי בפריקד, ללא
איסכמיה , עצימות מאמץ נמוכה עקב כושר ירוד

OP מטופלת בפוסאבאנס 8 שנים
שברים בצלעות לאם

לדבריה נתוח בבלוטת התריס הוצאה? חצי הוצאה? מעל 20 שנה עם תכשירים חליפיים
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANXIETY REACTION
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
22/01/2027 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה
22/01/2027 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: קרדיולוגיה
22/01/2027 - בתוקף עד	הולטר לב ל 24 שעות
22/01/2027 - בתוקף עד	אקו לב במאמץ
26/07/2027 - בתוקף עד	צפיפות העצם
22/01/2027 - בתוקף עד	US איברים: בלוטת המגן - תריס - תירואיד

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
FOSAVANCE 70MG+5600U	NonDaily -1 op	3 <28>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לשבוע (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 4 שבועות. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה.
ATACAND 8MG X 28	1 tab X 2 -6 op	1 <84>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 84 ימים.
SYNTHROID NEW 100MCG X90	NonDaily -1 op	3 <28>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, בימים ב' ה' כל שבוע, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 4 שבועות על קיבה ריקה בבוקר
SYNTHROID NEW 50MCG X 90	1 tab X 1 -1 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. ניפוק בבית מרקחת מכבי

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0352302

19/03/2006 14:57:58

מעקב אחר תשובות פאפס

מעקב אחר תשובות PAP

ת. מתן הפניה	ת. קבלת תשובה	תוצאה	תאור
19/03/2006			
30/01/2014			
15/06/2021			
02/03/2025			

14/05/2007 10:20:37

אנמנזה רפואית

בעיות ידועות/ניתוחים/ רגישויות

רגישויות

☒ לא ידוע למטופל על רגישויות לתרופות

הרגלים

עישון סיגריות :

ת.רישום	סטאטוס	ממוצע ליום	סהכ שנים	תאריך סיום	דפי מידע
25/11/2003	לא				גורמי סיכון
04/04/2006	לא				

ת.רישום	סטאטוס	ממוצע ליום	סהכ שנים	תאריך סיום	דפי מידע
28/01/2007	לא				הסטוריה גינקולוגית

02/07/2008 09:40:57 **אנמנזה סיעודית**
מידע סיעודי

ת.רישום	אבחנה סיעודית/בעיה	ת.התחלה	הערות
02/07/2008	תת פעילות של בלוטת המגן		

מידע רפואי

תרופות קבועות

הערות	ת. סיום	ת. התחלה	תרופה	ת.רישום
			ELTROXIN	02/07/2008

רגישויות

☒ לא ידועה רגישות לתרופות. - 02/07/2008

רגישויות אחרות

ת.רישום	סוג הרגישות	התבטאות הרגישות
02/07/2008	אבק	

08/08/2021 16:08:11 **תעסוקה**

מקום עבודה נוכחי: עירית בני ברק

כתובת מקום עבודה: ירושלים 58בני ברק5144503

טלפון בעבודה 035776363

מקצוע/תפקיד גננת אם

תאריך: 26/07/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



025866



העתק טופס
27/07/2026

גב.דר' ויליאן מיכל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 502554363

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284983

כתובת: הרב כהנמן 64, בני ברק (בנין ו')

פרטי הנבדק:		שם משפחה: גניחובסקי		שם פרטי: יהודית		ת.ז.: 22706535
	ת.לידה:	21/01/1967	מין: נ	טלפון:	03-6199732	טל.עבודה/נייד: 0548597133
	כתובת:	נועם אלימלך 14, בני ברק		מיקוד:	5154636	

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתונה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנה פעל בהתאם להנחיות:

GLUCOSE (B) - 02947
TSH - 04443

HbA1C - 03037

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 180 יום, מתאריך 26/07/2026 עד תאריך 22/01/2027. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת - www.maccabi4u.co.il, לקבלת סיסמה אנה פנה לסניף.

חדש!! שירות לקחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה (כולל INR), בילירובין לילודים, ספירת דם מהאצבע לתינוקות, Vitamin B12, Folic Acid, TSH

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 26/07/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



025866



העתק טופס
27/07/2026

גב.דר' ויליאן מיכל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 502555449

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284983

כתובת: הרב כהנמן 64 ו', בני ברק (בנין ו')

פרטי הנבדק:		שם משפחה: גניחובסקי		שם פרטי: יהודית		ת.ז.: 22706535	
ת.לידה: 21/01/1967		מין: נ		טלפון: 03-6199732		טל.עבודה/נייד: 0548597133	
כתובת: נועם אלימלך 14, בני ברק		מיקוד: 5154636					

התייעצות מומחה

- במכבי

קרדיולוגיה

תחום שירות:

תלונות:

כאב גרון בעיתות מתח
אקו לב מאמץ לפני 3 שנים, המרעת רלקסציה, EF 60% נוזל מינימלי בפריקורד, ללא איסכמיה, עצימות מאמץ נמוכה עקב
כושר ירוד

מעש/ת: לא

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS (07/2017)
- HYPOTHYROIDISM UNS (03/2023)
- HYPERTENSION (08/2021)

רגישויות: 02/07/2008 - אבק -

תרופות קבועות:

- SYNTHROID NEW 100MCG X90 טיפול לא רציף
- FOSAVANCE 70MG+5600U טיפול לא רציף
- ATACAND 8MG X 28 1X2X84
- SYNTHROID NEW 50MCG X 90 1X1X90

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצה להמשך בירור וטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/07/2026 עד תאריך - 22/01/2027

26/07/2026

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 26/07/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



025866

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

העתק טופס
27/07/2026

גב.דר' ויליאן מיכל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 502555668

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284983

כתובת: הרב כהנמן 64, בני ברק (בנין ו')

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 22706535

שם פרטי: יהודית

שם משפחה: גניחובסקי

טל.עבודה/נייד: 0548597133

טלפון: 03-6199732

מין: נ

ת.לידה: 21/01/1967

0022706535

מיקוד 5154636

נועם אלימלך 14, בני ברק

כתובת:

הולטר לב ל 24 שעות

תלונות:

כאב גרון בעיתות מתח
אקו לב מאמץ לפני 3 שנים, הפרעת רליקסציה, EF 60% נוזל מינימלי בפריקורד, ללא איסכמיה, עצימות מאמץ נמוכה עקב כושר ירוד

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS (07/2017)
- HYPOTHYROIDISM UNS (03/2023)
- HYPERTENSION (08/2021)

תרופות קבועות:

- SYNTHROID NEW 100MCG X90 טיפול לא רציף
- FOSAVANCE 70MG+5600U טיפול לא רציף
- ATACAND 8MG X 28 1X2X84
- SYNTHROID NEW 50MCG X 90 1X1X90

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	93224	הולטר לב ל 24 שעות

הבדיקה כרוכה בחשיפה האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

26/07/2026

חתימה וחותמת הרופא

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/07/2026 עד תאריך - 22/01/2027

תאריך: 26/07/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0058477696



025866



העתק טופס
27/07/2026

גב.דר' ויליאן מיכל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284983

כתובת: הרב כהנמן 64, בני ברק (בנין ו')

קוד הפניה: 502555796

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 22706535

שם פרטי: יהודית

שם משפחה: גניחובסקי

טל.עבודה/נייד: 0548597133

טלפון: 03-6199732

מין: נ

ת.לידה: 21/01/1967

0022706535

מיקוד 5154636

נועם אלימלך 14, בני ברק

כתובת:

אקו לב במאמץ

הופנית לבדיקה אשר מטרתה לבדוק האם את/ה סובל/ת ממחלת לב פעילה.
מומלץ להימנע מפעילות גופנית מאומצת או תחרותית עד לתום הבירור.

תלונות: כאב גרון בעיתות מתח אקו לב מאמץ לפני 3 שנים, המרעת רלקסציה, EF 60% נוזל מינימלי בפריקד, ללא איסכמיה, עצימות מאמץ נמוכה עקב כושר ירוד

- OSTEOPOROSIS (07/2017)
- HYPOTHYROIDISM UNS (03/2023)
- HYPERTENSION (08/2021)

בעיות ידועות:

רגישויות: 02/07/2008 - אבק -

- טיפול לא רציף SYNTHROID NEW 100MCG X90
- טיפול לא רציף FOSAVANCE 70MG+5600U
- ATACAND 8MG X 28 1X2X84
- SYNTHROID NEW 50MCG X 90 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	93350	אקו לב במאמץ

הנחיות הרופא: אין צורך בשינוי הטיפול התרופתי

הופנית לבדיקה אשר מטרתה לבדוק באם הנך סובל/ת ממחלת לב כללית פעילה, כאמצעי זהירות עד גמר הבירור עליך להימנע מביצוע מאמצים גופניים משמעותיים כגון פעילות חדר כושר, פעילות ספורטיבית.
הנחיות מקדימות לבדיקה:
מומלץ לא לאכול שעתיים לפני הבדיקה, ניתן לשתות מים.
מומלץ לבוא בלבוש נוח ונעלי ספורט. נא להגיע עם תוצאות מבדיקות רלוונטיות קודמות, במידה וישנן.
מהלך הבדיקה כרוך בחשיפה של פלג הגוף העליון, ומגע בחלקי גוף מוצנעים. בכל שלב של הבדיקה ייעשה מאמץ ככל שניתן לשמור על צנעת הפרט. עם זאת, לא ניתן לבצע בדיקה זו כאשר הנך לובשת חולצה/גופייה/חזיה. הבדיקה מבוצעת עם חלוק ייעודי הנפתח מקדימה.
הנך זכאית לנוכחות של מלווה בחדר.
שלבי הבדיקה כוללים ביצוע אק"ג ואקו לב במנוחה, במהלך מאמץ ולאחר סיום המאמץ.

26/07/2026

חתימה וחותמת הרופא

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

ליזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/07/2026 עד תאריך - 22/01/2027

תאריך: 26/07/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0058477696



025866



העתק טופס
27/07/2026

גב.דר' ויליאן מיכל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284983

כתובת: הרב כהנמן 64, בני ברק (בנין ו')

קוד הפניה: 502557430

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 22706535

שם פרטי: יהודית

שם משפחה: גניחובסקי

טל.עבודה/נייד: 0548597133

טלפון: 03-6199732

ת.לידה: 21/01/1967



0022706535

מיקוד 5154636

נועם אלימלך 14, בני ברק

כתובת:

צפיפות העצם

תלונות: OP מטופלת בפוסאבאנס 8 שנים
שברים בצלעות לאם

בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (14/02/2021)
- HYPERPARATHYROIDISM Most Probably (07/2017)
- OSTEOPOROSIS (07/2017)
- HYPOTHYROIDISM UNS (03/2023)
- HYPERTENSION (08/2021)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (01/2026)

רגישויות: 02/07/2008 - אבק -

תרופות קבועות:

- טיפול לא רציף SYNTHROID NEW 100MCG X90
- טיפול לא רציף FOSAVANCE 70MG+5600U
- ATAACAND 8MG X 28 1X2X84
- SYNTHROID NEW 50MCG X 90 1X1X90

מעשנת/ לא

הבדיקה הדרושה: צפיפות העצם

סיבת הפניה: המטופל מאובחן כסובל מאוסטאופורוזיס (T-SCORE מתחת 2.5-) ומקבל טיפול תרופתי באוסטאופורוזיס.

לצורך ביצוע הבדיקה עליך להגיע עם התחייבות כספית.
את ההתחייבות אפשר להדפיס במכבי און ליין/מכבי לי.
הנך זכאית לקבלת התחייבות אחת לשנתיים.
במידה ולא הופקה התחייבות אוטומטית עם הפניה זו - יש לפנות למשרד מכבי לבירור הזכאות ולהסדרת טופס התחייבות.

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

26/07/2026

חתימה וחוקת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-365 יום, מתאריך - 26/07/2026 עד תאריך - 26/07/2027

תאריך: 26/07/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0058477696



025866



העתק טופס
27/07/2026

גב.דר' ויליאן מיכל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284983

כתובת: הרב כהנמן 64, בני ברק (בנין ו')

קוד הפניה: 502557586

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 22706535

שם פרטי: יהודית

שם משפחה: גניחובסקי

טל.עבודה/נייד: 0548597133

טלפון: 03-6199732

מין: נ

תלידה: 21/01/1967



0022706535

מיקוד 5154636

נועם אלימלך 14, בני ברק

כתובת:

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6536	בלוטת המגן - תריס - תירואיד

שאלה למבצע הבדיקה: האם ממצא אורגני?

תלונות: תת תריסיות מאוזנת

לדבריה נתוח בבלוטת התריס הוצאה? חצי הוצאה? מעל 20 שנה עם תכשירים חליפיים

בעיות ידועות:

- HYPERPARATHYROIDISM Most Probably (07/2017)
- OSTEOPOROSIS (07/2017)
- HYPOTHYROIDISM UNS (03/2023)
- HYPERTENSION (08/2021)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מרכז זימון תורים *3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

26/07/2026

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/07/2026 עד תאריך - 22/01/2027

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

484006

מכבי שירותי בריאות

פריט גורם מטפל

פריט מטופל

מס בקור

000359228380

073-2284983

מסמך אושר

דיגיטלית

מאובן

שם גורם מטפל: גב.ד"ר ויליאן מירל

מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284983

ת"ז

00222706535

מיון: ג

מסמך אושר

דיגיטלית

מאובן

שם מטופל: גניחובסקי יהודית

ת"ז: 22706535

גיל: 59 שנים ו-6 חודשים

טלפון: 0548597133, 03-6199732

רשימת תרופות שהופק לה מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 26/07/2026 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	מטפח	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
15% - כמות לניפוק: 4 tab השתתפות עצמית: **	26/07/2026-15/08/2026 16/08/2026-14/09/2026 15/09/2026-14/10/2026				1 טבליה	מתמשך	לשבועות אחת ל 1 פעם ביום אחת ל 1 שבועות שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	tab, vit d 5600 iu alendronate 70 mg * FOSAVANCE
10% - כמות לניפוק: 168 tab השתתפות עצמית: **	26/07/2026-08/10/2026		1 טבליה		1 טבליה	מתמשך	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום	tab, candesartan cilexetil 8 mg * ATACAND
10% - כמות לניפוק: 8 tab השתתפות עצמית: **	26/07/2026-15/08/2026 16/08/2026-14/09/2026 15/09/2026-14/10/2026				1 טבליה	מתמשך	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום בימים ב' ה' כל שבוע על קיבה ריקה בבוקר	tab, levothyroxine 100 mcg * SYNTHROID NEW
10% - כמות לניפוק: 90 tab השתתפות עצמית: **	26/07/2026-14/10/2026				1 טבליה	מתמשך	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום * SYNTHROID NEW	tab, levothyroxine 50 mcg * SYNTHROID NEW

* ידוע לי שמורשה הרקוחות לנפק חלופה גרירת שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציון אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בבוקר. לדיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם ני"ר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.