

טופס תביעה מהמבוטח - רשלנות רפואית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
דוח זה כולל מידע חסוי וסודי.



תאריך:

שם פרטי: שם משפחה: מספר ת"ז (כולל ספרת ביקורת):

תחום התמחות: מספר טלפון:

כתובת דואר אלקטרוני:

פוליסת הביטוח: פרטית / קולקטיבית (קופה/בי"ח - נא לציין איזו פוליסה):

סיבת הפניה: אירוע חריג / תלונה / בקשת מסמכים רפואיים / דרישה לפיצוי / תביעה (נא לצרף את הפניה):

שם המטופל/ת: מספר ת"ז של המטופל/ת:

תאריך לידה: מועד הטיפול: מקום הטיפול:

שם המעביד / מקום עבודתך במועד הרלבנטי:

גורמים מעורבים (כגון אכסניה, רופא מסייע, רופא מרדים וכיוצ"ב):

האופן שבו שולמה לך התמורה עבור הטיפול (נא לצרף קבלות / חשבוניות שניתנו לך עבורו):

המקום שבו המטופל/ת נבדק/ה על ידך:

לרופא שיניים בלבד: האם חבר הר"ש? כן לא (אנא סמנו את האופציה המתאימה)

תיאור נסיבות הארוע והתייחסותך (נא לצרף רשומה רפואית מלאה, לרבות טפסי הסכמה, ככל שקיימים):

חתימת המבוטח

