



## טופס בקשה לדין חוזר / ערר על החלטת "מנהל"

מספר בקשה:

**פרטי המערער**

מספר זהות

שם פרטי

שם משפחה

מין

תאריך לידה

קופת חולים

כתובת

**פרטי פניה ראשונה**

רופא ממליץ

מספר רישיון רופא

אינדיקציה לבקשה

תאריך הגשת הבקשה

תאריך דחיית הבקשה

סיבה לדחיית הבקשה:

חתימה וחותמת של הרופא מגיש הערר

**פרטי ערר**

תאריך הגשת ערר

מספר רישיון רופא

טלפון של הרופא

שם מרפאה / בית חולים

אבחנה בגינה מוגש הערר

טיעוני הערר:

החלטת ועדת ערר:

תאריך

מאושר

נדחה

צורת הטיפול המאושרת: פרחים יבשים לעישון או אידוי / שמן לטפטוף תחת הלשון

**מינון מאושר**

חותמת ועדת ערר