

טופס בקשת ערר על החלטת "מנהל"

מספר בקשה:

פרטי המערער

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

תאריך לידה	קופת חולים	מין
------------	------------	-----

כתובת

פרטי פניה ראשונה

רופא ממליץ

מספר רישיון רופא

אינדיקציה לבקשה

תאריך הגשת בקשה	תאריך דחיית הבקשה
-----------------	-------------------

סיבה לדחיית הבקשה:

חתימה וחותמת של הרופא מגיש הערר

פרטי ערר

מספר רישיון רופא	תאריך הגשת ערר
------------------	----------------

שם מרפאה/בית חולים	טלפון של הרופא
--------------------	----------------

אבחנה בגינה מוגש הערר

טיעוני הערר:

החלטת ועדת ערר:

תאריך

מאושר	נדחה
-------	------

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

חותמת ועדת ערר