

תאריך לקיחת הדגימות

## תעודת משלוח חומר לבדיקה

<p><b>מקור</b> (ימולא רק אם נשלח ממערכת ציבורית) מס' מקור _____</p> <p>מערכת _____ אתר _____</p>	<p><b>הרופא השולח</b> רופא מחליף: רשום גם את שם הרופא הקבוע</p> <p>מס' רשיון _____ מס' טלפון _____</p> <p>שם _____ פרטי _____ משפחה _____</p> <p>כתובת _____</p> <p>שם משפחה ופרטי _____</p> <p><b>רופא קבוע</b></p>
<p><b>בעלים</b> מס' ת.ז./עוסק מורשה _____</p> <p>שם _____</p> <p>כתובת _____</p> <p>ישוב _____ מיקוד _____</p> <p>מס' טלפון _____</p>	

מס' ימי מחלה	מס' בע"ח בעדר/להקה	סוג בע"ח	מהות החומר	<b>פרטי החומר הנבדק</b>
	מהם נוויעים	מס' דגימות	מקום (אם שונה מהכתובת)	

מין ז/נ	תאריך לידה/בקיעה או גיל	מס' תנית אוזן ממשלתית או מס' זיהוי או שם (אם ילוד או נפל - מס/שם האם)	זהווי (סמן ב-X)	גזע	<b>פרטי בע"ח</b>
			תנית כויה סימן שם ילוד נפל	1	
				2	
				3	

**תאור המקרה** סימנים קליניים, טיפולים תרופתיים, חיסונים, ממשק ותוצאות הנתיחה) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

המשך מעבר לדרך במקרה הצורך ←

	<b>אבחנת הרופא</b>
--	--------------------

	<b>בדיקות מבוקשות</b>
חתימת הרופא השולח	

	<b>התחייבות</b>
אבקשכם לבצע את הבדיקות הנדרשות לפי החלטתכם. אני מתחייב לסלק את החשבון שישלח על ידכם תוך 14 יום מיום קבלתו.	
מס' ת.ז. _____	שם _____ פרטי _____ משפחה _____
בכבוד רב, _____	כתובת _____
חתימה _____	