

אישור רפואי



אל
האגודה למלחמה בסרטן בישראל (ע"ר)
מחלקת שיקום ורווחה
ת.ד. 437
גבעתיים 53103

המכון האונקולוגי

בי"ח _____

שם החולה _____

ת.ז. _____ שנת לידה _____

כתובת _____ טלפון _____

אבחנה _____

תאריך האבחנה _____

שלב _____

ניתוח (תאריך) _____

סוג הטיפול _____

משך הטיפול המשוער _____

תופעות לוואי _____

הערות _____

שם הרופא/ה _____

תאריך _____ חתימה _____

וחותמת