

בניית ארון תרופות למבוטח

א. פרטי בני המשפחה הגרים בבית						
מני	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
ראשי					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
בן/בת זוג					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילדים עד גיל 17	ילד 1				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
	2				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
	3				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
	4				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	דואר אלקטרוני

ב. פירוט הרגלים ואורחות חיים (זמן מסך, ספורט, עישון, צריכת אלכוהול, תזונה, סמים וכו')

ג. מידע על צריכת תרופות					
שם המנוי	שם התרופה (עברית / אנגלית)	מינון	נוטל החל מתאריך	עבור טיפול ב-	המרשם ניתן על-ידי

ד. מידע על תוספים ורפואה משלימה					
שם המנוי	שם המוצר	סוג: תוסף מזון / רפואה משלימה / צמחי מרפא / אחר	נוטל החל מתאריך	עבור טיפול ב-	המרשם ניתן על-ידי

ה. הצהרה

אני מצהיר שכל התשובות והמידע שמסרתי במסגרת טופס זה הינם נכונים ומלאים.

תאריך שם המנוי חתימה ★