



טופס רופא

הנחיות לאפוסטרופוסים

טופס זה צריך להיות ממולא על ידי רופא במקרה שהתובעת איננו יכולה לחתום על מסמכי ועידת התביעות. אנא הצג לי את הטופס הזה לרופא של התובע בכדי למלא אותו. הרופא חייב היה לראות את הרופא **במהלך שני החודשים שקדמו לכך** בכדי שועידת התביעות תוכל לקבל את הטופס הזה.

כאשר הטופס ימולא על ידי הרופא, אנא שלחי לועידת התביעות את הטופס הזה, **במקור**, ואת המסמכים הנדרשים הנוספים בדואר. צילומים או משלוח הטופס בפקס או בדוא"ל לא יתקבלו.

הנחיות עבור הרופא

טופס זה צריך להיות ממולא במקרה שהמטופלת שלך איננו יכולה לחתום על מסמכי ועידת התביעות. אתה היית חייבת לראות את המטופלות **במהלך שני החודשים האחרונים**.

שם הרופא

מספר רישיון

טלפון

כתובת

שם המטופלות

תאריך לידה

תאריך הביקור האחרון

עדות:

אני מעידה בזאת, כי למיטב ידיעתי, המטופלות שפרטיולה צוינו לעיל עדיין בחיים כיום.

בנוסף לכך, אני מאשרת בזאת שעקב שבשל מצבו הרפואי של המטופלות, הוא/היא:

מרותקת למיטה או לא ניתן לנייד אותה

ולאו

איננו מסוגלת לחתום על שום מסמך רשמי.

אני מצהירה בזאת כי המידע האמור לעיל הוא נכון ומדויק למיטב ידיעתי, ואני מבין/ה שהצהרות כוזבות או מצגי שווא עלולות לחשוף אותי לתביעה לפי החוקים הרלבנטיים.

חתימת הרופא	מועד החתימה
חותמת הרופא	