

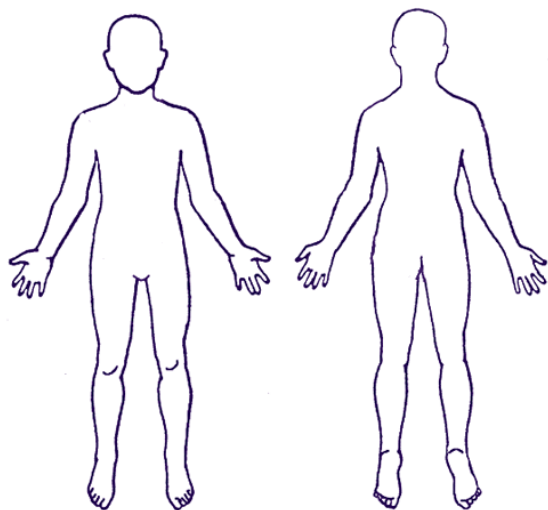
## טופס הזמנת טיפול ברימות רפואיות

### פרטי הטיפול והמטפל

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_  
טלפון מטופל: \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_  
שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_  
טלפון מטופל: \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_

### פרטי המטופל / מדבקה

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_  
טלפון מטופל: \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_  
שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_  
טלפון מטופל: \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_



נא לצייר על גבי האיור את מיקום הפצע וצורתו

### גורם מבטח: קופ"ח כללית

#### מקור הפצע (הקף בעיגול)

פצע לחץ \_\_\_\_\_  
כיב ורידי \_\_\_\_\_  
כיב איסכמי \_\_\_\_\_  
כיב סוכרתי נוירופתי \_\_\_\_\_  
טראומה \_\_\_\_\_  
אחר: \_\_\_\_\_  
זמן המצאות הפצע: \_\_\_\_\_  
אורך: \_\_\_\_\_ ס"מ  
רוחב: \_\_\_\_\_ ס"מ  
עומק: \_\_\_\_\_ ס"מ  
% רקמת גרעון: \_\_\_\_\_  
זיהום בפצע: כן / לא  
צלוליטיס: כן / לא  
נמק: כן / לא

### - נא לצלם את הפצע ולצרף להזמנה -

### סרגל כאב של המטופל:

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9

### טיפול קודמים לפצע:

### פרטי הזמנה: חובה לסמן את סוג הטיפול המבוקש

רימות מוכלות ברשת כן / לא

נדרשת הדרכה כן / לא

טיפול ראשון / חוזר

הערה: החיוב יבוצע לפי מספר  
הטיפולים בפועל

רימות חופשיות: מנה בסיסית (300), מק"ט 1000077614 X מספר טיפולים: \_\_\_\_\_  
רימות חופשיות: מנה מוגדלת (500), מק"ט 1000077615 X מספר טיפולים: \_\_\_\_\_

תאריך טיפול מבוקש: \_\_\_\_\_ מסגרת שעות מבוקשת: \_\_\_\_\_

תאריך הזמנה: \_\_\_\_\_ חתימת המזמין: \_\_\_\_\_

חתימת ו/או חותמת המאשר/ת (במידה ונדרש): \_\_\_\_\_

נא לשלוח טופס זה למרכז הזמנות ושרות לקוחות: [maggot@cwt.org.il](mailto:maggot@cwt.org.il)

או לפקס: 08-9287779, טלפונים: 08-9287778 או 050-2026698

**CWT- Chronic Wound Treatment**

84 Hagefen St. POB 438 / Moshav Gimzo Israel / 73130  
Tel: 08-9287778 / Fax: 08-9287779 / Email: [Info@cwt.org.il](mailto:Info@cwt.org.il)

DOC 013-13 V01  
Effective: Aug-13