



לכבוד:
ארגון 'חברים לרפואה'
בפקס: 03-5792223

הנדון: בקשה לקבלת סיוע בתרופות

פניית עו"ס לסיוע של "חברים לרפואה"

"חברים לרפואה" הינו ארגון סיוע לחולים. פרויקט מוביל בארגון הינו "ניתוב תרופות" באמצעותו מועברות תרופות שנתרמו מאנשים שלא מצאו בהן שימוש לחולים הזקוקים להן. מדי יום אנו מקבלים פניות של חולים שאין באפשרותם לממן את הטיפולים הנחוצים להם. התרופות שברשותנו עוברות מיון ובקרה ע"י רוקח מוסמך, ורק תרופות ברות תוקף נשלחות לחולים, ללא תשלום בעבור התרופות והמשלוח.

חולים כרוניים המבקשים להסתייע ב"חברים לרפואה" בקבלת תרופות, יכולים לקבל שירות זה רק באמצעות פניה של גורמי רווחה.

חולים הזקוקים לתרופות יקרות מאד או תרופות פריון, אין צורך במילוי טופס זה. ניתן ליצור קשר : 03-5792220 או באמצעות האתר שלנו www.haverim.org.il

על מנת לייעל את תהליך הסיוע, להלן הנחיות לפנייה למרכז הסיוע בארגון:
 בפנייה ראשונה אל "חברים לרפואה" יש לשלוח בקשה לפקס שמספרו 03-5792223

- מכתב של עו"ס המפרט את מצבו הסוציאלי והרפואי של החולה.
- מרשם רפואי- חשוב לוודא כי המרשם בתוקף, חתום ע"י רופא ופרטי החולה רשומים באופן מלא ע"ג המרשם!

בפניות חוזרות על החולה לשלוח רק את המרשם, מיד לאחר קבלת התרופות-ע"מ שלא לעכב את המועד הבא לקבלת התרופות. אנו משתדלים כי הניפוק יתבצע אחת לחודש בהתאם לתאריך הקבלה בחודש הקודם.



**א. פרטים אישיים של מקבל הטיפול**
 זכר נקבה

שם פרטי _____ שם משפחה _____ תז _____

תאריך לידה _____ / _____ / _____ שפת דיבור _____

 מצב משפחתי: נשוי/אה אלמן/ה גרושה רווק/ה מס' ילדים _____

כתובת: עיר _____ רחוב _____ מס' _____ מס' דירה _____ מיקוד _____

טל"ב בית _____ טל"ב נייד: _____ פקס _____

דוא"ל: _____ @ _____

ב. מי מתגורר בבית
 חי עם בן/בת זוג חי לבד מספר הילדים המתגוררים במשק הבית _____

אחר: _____

ג. נידות
 עצמאי נייד בעזרת הזולת כיסא גלגלים לא נייד
ד. פרטי איש הקשר (במידה ומבקש הסיוע אינו מסוגל לטפל בעניינו)

קרבה למבקש הסיוע: _____

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

טל"ב נייד: _____ טל"ב נוסף: _____

מס' פקס _____ דוא"ל _____ @ _____

תדירות קשר עם גורמי התמיכה למבקש _____

ה. קופת חולים:
 כללית מכבי מאוחדת לאומית.




1. פרטי העו"ס

גורם הרווחה (מרכז רפואי/ עירייה/ קופ"ח / אחר) _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מס' טלפון בעבודה _____ מס' נייד _____

מס' פקס _____ דוא"ל _____

2. תיאור מצבו הרפואי והסוציאלי של מבקש הסיוע

(ניתן לצרף דו"ח סוציאלי מוקלד)

תאריך: _____ חתימה וחותמת העו"ס: _____

ליצירת קשר ובירורים

מיכל 073-2198826 michal@haverim.org.il מרכז חברים לרפואה: 03-5792220 / פקס 03-5792223

