



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 פריז, אין צורך במילוי טופס זה.

ניתן ליצור קשר : 073-2198805 או באמצעות האתר שלנו [www.haverim.org.il](http://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, כשבועיים לפני התאריך בו אמור לקבל את התרופות-ע"מ שלא לעכב את המועד הבא לקבלת התרופות. את התאריך ניתן לחשב בהתאם לתאריך הקבלה בפעם הקודמת. אנו משתדלים כי הניפוק יתבצע אחת ל 3 חודשים.





## א. פרטים אישיים של מקבל הטיפול

- זכר   
נקבה

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
ת"ז \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שפת דיבור \_\_\_\_\_

◇ מצב משפחתי:  נשוי/אה  אלמן/ה  גרושה/ה  רווק/ה , מס' ילדים \_\_\_\_\_

כתובת: עיר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ מס' דירה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טל' בבית \_\_\_\_\_ טל' נייד: \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## ב. מי מתגורר בבית

חי עם בן/בת זוג  חי לבד  מספר הילדים המתגוררים במשק הבית \_\_\_\_\_

אחר: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ג. ניידות

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' נייד: \_\_\_\_\_ טל' נוסף: \_\_\_\_\_

מס' פקס \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

תדירות קשר עם גורמי התמיכה למבקש \_\_\_\_\_

## ה. קופת חולים:

כללית  מכבי  מאוחדת  לאומית.





ו. פרטי העו"ס

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

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון בעבודה \_\_\_\_\_ מס' נייד \_\_\_\_\_  
 מס' פקס \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_

ז. תיאור מצבו הרפואי והסוציאלי של מבקש הסיוע

(ניתן לצרף דו"ח סוציאלי מוקלד)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת העו"ס: \_\_\_\_\_

ליצירת קשר ובירורים: 03-5792220, פקס: 03-5792223

