

ייעוץ תרופות בבית המנוי

א. פרטים אישיים של המנוי

מצב משפחתי	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
מספר טלפון נייד	מספר טלפון	מיקוד	יישוב	מס' דירה	מס' בית

ב. פירוט מטרת הביקור

ג. מידע על צריכת תרופות

המרשם ניתן על-ידי	לטיפול ב-	נוטל החל מתאריך	מינון	שם התרופה (עברית / אנגלית)

ד. נושאים נוספים עבורם נדרש ייעוץ תרופתי

ה. הצהרה

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
חתימה★	שם המנוי★	תאריך	

סיכום והמלצות לאחר פגישת ייעוץ

ו. פרטי המיועץ

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				

הפגישה נערכה בתאריך _____ להלן הנושאים שהועלו _____

ז. המלצות הרוקח

לברורים נוספים ניתן ליצור קשר עם מוקד השירות בטלפון 03-7694381.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
חתימה★	שם המנוי★	תאריך	