



טופס בקשה לבדיקת MRI בבית חולים רמב"ם

אנא מלא את פרטיך האישיים הבאים:

שם פרטי:	שם משפחה:
מס ת.ז.:	
טלפון נייד:	טלפון נוסף:
כתובת למשלוח דואר:	
דואר אלקטרוני:	

שאלות:

האם יש באפשרותך להגיע לבדיקה בלילות ? כן / לא
האם יש באפשרותך להגיע לבדיקה במהלך סוף שבוע ? כן / לא
האם הנך סובל מקלסטרופוביה (פחד ממקומות סגורים) ? כן/ לא
האם יש צורך בבדיקה בהרדמה ? כן/ לא
(במידה והבדיקה הדרושה היא בהרדמה, יש לשלוח התחייבות להרדמה)
האם הנך בעל/ת קוצב לב? כן/ לא
(במידה והנך בעל/ת קוצב לב יש לשלוח בפקס צילום של כרטיס קוצב הלב משני הצדדים)

לידיעתך:

נוכל לתאם תור לבדיקה רק לאחר קבלת המסמכים:

- הפנייה רפואית
- התחייבות כספית מקופ"ח

הודעה על מועד התור תישלח באמצעות הודעת SMS לאחר כ- 4 ימי עבודה מיום קבלת כל המסמכים.

לבירור מועד התור לאחר 4 ימי עבודה מיום שליחת כל המסמכים ניתן לפנות

בטל 04-7772695 או בטל 04-7772588 בימים א-ה, בין השעות 08:00-16:00.