



תאריך :

אל: מחלקת רשומות ומידע רפואי

בקשה לשינוי רישום / תיעוד ברשומה הרפואית

ת.ז/ מס דרכון : _____
שם משפחה : _____ שם פרטי _____
טלפון להתקשרות : _____ תאריך האשפוז/ ביקור : _____
כתובת למשלוח התשובה : עיר..... כתובת:
מיקוד.....

חובה לצרף לבקשה צילום תעודת זהות .

פירוט נימוקי הבקשה לשינוי רישום/ תיעוד ברשומה:

שם מלא : _____ ת.ז: _____ חתימה : _____

להעביר את הבקשה לכתובת המייל: rashumot@rmc.gov.il