

מס. סידורי:

תאריך: \_\_\_\_\_

טופס ועדת חריגים מקומית-בית חולים \_\_\_\_\_

אבחון: \_\_\_\_\_

סוג טיפול המבוקש: \_\_\_\_\_

נימוק לבקשת אישור חריג (לרבות דחיפות, זמן המתנה לטיפול, סיבה אחרת):

\_\_\_\_\_

הבקשה התקבלה  הבקשה לא התקבלה  הבקשה הועברה לוועדת חריגים עליונה

נימוק במקרה שהבקשה לא התקבלה או הועברה לוועדה העליונה

\_\_\_\_\_

חתימות:

\_\_\_\_\_ .1  
\_\_\_\_\_ .2  
\_\_\_\_\_ .3