

טופס לקראת בדיקה אנדוסקופית במרפאת ד"ר לנג ללא ייעוץ מקדים

תאריך פניה: _____
שם הפונה: _____ תאריך לידה _____
מספר ת.ז.: _____ מספר טלפון: _____ מספר פקס: _____
כתובת מייל: _____ חברת הביטוח: _____

סוג הבדיקה המתוכננת: _____ גסטרוסקופיה _____ קולונוסקופיה _____
האם יש לך תור לבדיקה אצל ד"ר לנג ?
_____ לא _____ כן, ציין תאריך הבדיקה _____
הסיבה לבדיקה (שים לב שחברות הביטוח לא מאשרות בדיקה מונעת בשל גיל בלבד או סיפור משפחתי): _____

רשימת התרופות הקבועות של המועמד לבדיקה: _____

האם יש לך רגישות לתרופות? סמן את התשובה המתאימה:
_____ לא _____ כן, פרט _____
משקל _____ גובה _____
האם יש לך קוצב לב : לא _____ כן _____ (האם מדובר בדפיברילטור לא _____ כן _____)
האם יש לך הפסקות נשימה בזמן שינה ? כן _____ לא _____
האם עברת בדיקה דומה בעבר? סמן את התשובה המתאימה:
_____ לא _____ כן, פרט מתי והאם היו מימצאים או קשיים מיוחדים: _____

האם עברת ניתוחים קודמים באיזור הבטן?
_____ לא _____ כן, פרט _____ :

נא לשלוח טופס זה לפקס מספר: 03-5357856 או למייל alon.lang@gmail.com