

אספקת שירותים רפואיים לתלמידים במסגרת החינוך המיוחד
הפרויקט מבוצע ע"י ביקורופא ע"פ מכרז מס' 10/7.2020
הפרויקט מבוצע עבור האגף לחינוך מיוחד, משרד החינוך

תאריך: ____/____/____

לכבוד

הורי התלמיד

שלום רב,

הנדון: אישור הורה למתן טיפולים פולשניים

פרטי התלמיד/ה		
שם מלא	מס' ת"ז	תאריך לידה

הריני לאשר בזאת כי בני/בתי מטופלים באמצעות דר'_____. על פי הנחייתו יש לבצע
במוסד החינוכי את הטיפולים הפולשניים שלהלן (נא סמן ✓ בסוג הטיפול הפולשני הנדרש) :

- ☐ הזנה דרך גסטרוסטום במסגרת המוסד החינוכי
- ☐ צנתור שלפוחית השתן במסגרת המוסד החינוכי
- ☐ סקשין – שאיבת הפרשות מדרכי הנשימה העליונות
- ☐ מתן חמצן
- ☐ מתן אינסולין ומדידת סוכר בגלוקומטר
- ☐ קנולה

- נא לצרף שאלון רפואי מלא
- ידוע לי כי עליי לספק את הציוד הנדרש במלואו לשם ביצוע הפעולה הפולשנית

שם ההורה: _____ תאריך: _____ חתימה: _____