



לשימוש	
פנימי	
בלבד	
(סריקה)	
מס' זהות	מס' זהות
סוג	דפים
המסמך	

תאריך: _____

בקשה לביצוע מבחן פסיכו דיאגנוסטי / נירו פסיכולוגי

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
_____	_____	_____

2

אבחנה משוערת _____

סוג המבחן המבוקש: פסיכו דיאגנוסטי נירו פסיכולוגי

פרט את הסיבה לבקשת המבחן (מותר לסמן יותר מאפשרות אחת):

אבחנה מبدלת (פרט) _____

אבחון נירו פסיכולוגי לאחר חבלת ראש אבחון של פיגור

לא ניתן לאבחן ע"ס הבדיקה הקלינית. אין חומר רפואי. לצורך בדיקת אמינות בלבד

למעט את סוג / שם הבדיקה הנדרשת (פירוט ספציפי ככל שניתן) _____

האם בוצעו לנבדק/ת בעבר מבחנים כאלה? לא כן ציין תאריך: _____

האם נעשתה פניה למבוטח/לשרותי רווחה/לרופא המטפל, להמציא אבחון? לא כן.

הערות: _____

3 פרטי הרופא המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מומחיות <input type="checkbox"/> פסיכיאטר <input type="checkbox"/> אחר _____	חתימה וחותמת
_____	_____	_____	_____

4

לשימוש הלשכה הרפואית

הבקשה מאושרת.

הבקשה לא מאושרת.

תאריך _____

הערות: _____

חתימה וחותמת הרופא