



טופס הפניית ילד/ת משאלה (2020)

Make A Wish ישראל מגשימה משאלות לילדים החולים במחלות מסכנות חיים, בגילאים 18-3. כדי לבדוק את זכאות הילד/ה למשאלה, יש למלא את הטופס בהתאם להנחיות להלן, ולהעבירו בהקדם למשרדי העמותה באמצעות המייל ruth.makeawish@gmail.com או הפקס (09-7454557).

האישור על המצב הבריאותי בטופס זה ניתן רק בהקשר של הגשת בקשה להגשמת משאלה והזכאות לגביה תיבדק על ידי העמותה בהתאם לקריטריונים הבינלאומיים המנחים אותנו.

חלק 1 – למילוי ע"י ההורים

אנא מלאו את הפרטים הבאים:			
שם פרטי	שם משפחה		
גיל	נ / ז	תאריך לידה	
כתובת (רחוב ומס' בית)	עיר + מיקוד		
שם פרטי + טל' נייד אמא	שם פרטי + טל' נייד אבא		
מייל משפחה			
מחלת הילד			
מועד גילוי המחלה (נא לציין במקרה של מחלה חוזרת)			
מצב בריאותו הנוכחי (האם מאושפז/בטיפול יום/מעקב ותדירות הביקורים):			
בית החולים בו מטופל הילד	המחלקה בה מטופל/נמצא במעקב		
שם העובד/ת סוציאלי שמלווה	שם הרופא מטפל		
הערות/מידע נוסף שחשוב לכם שנדע			

חלק 2 – למילוי ע"י הרופא המטפל

<p align="center">אישור רופא (ימולא על ידי הרופא המטפל במחלתו של הילד בלבד)</p> <p align="right">נודה לך אם תסמן X במקום המתאים:</p>	
<p align="right"><input type="checkbox"/> הנני מאשר/ת כי אחד מהתנאים הבאים מתקיים במקרה הנ"ל:</p> <p>1. כרופאו של הילד הנני מכיר ומודע למצבו הבריאותי ומאשר כי בעת הפנייה ל Make A Wish הילד אובחן כחולה במחלה המצוינת ברשימת המחלות של העמותה.</p> <p>2. כרופאו של הילד הנני מכיר ומודע למצבו הבריאותי ומאשר כי בעת שליחת הפנייה הילד הוגדר כחולה במחלה מסכנת חיים.</p> <p><input type="checkbox"/> הילד אינו עונה לקריטריונים, כפי שנקבעו על ידי ארגונכם לזכאות למשאלה.</p>	
<p align="center">הנני מצהיר שכל הפרטים המופיעים לעיל מלאים ונכונים והמשפחה מאשרת לעמותת Make A Wish לפנות לצוות הרפואי /פארא רפואי לקבלת פרטים נוספים נדרשים</p>	
תאריך	חתימה + חותמת

נא לצרף מכתב רפואי ובו פירוט על מצבו הנוכחי של הילד