



תאריך: _____

**לכבוד
חברת רוש פרמצבטיקה (ישראל) בע"מ**

פרטי הרופא/ה המבקש/ת

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מרכז רפואי/מחלקה: _____

טלפון נייד: _____ דוא"ל: _____ @ _____

הריני לאשר בזאת, כי פרטיי יועברו ל- Foundation Medicine, Inc. (חברה אמריקאית) ("FMI"); כי פרטיי יישמרו במאגר מידע של רוש פרמצבטיקה (ישראל) בע"מ ("רוש") ו/או במאגר מידע של FMI (שני אלו - בין בישראל ובין בחו"ל) למטרת העברת תוצאות בדיקות FMI בחזרה אלי ו/או לשם טיפול בכל סוגיה הקשורה לבדיקות FMI ו/או לשם ניהול קשרי רופא-חברה. אני מודע כי לא מוטלת עלי מחויבות כלשהי למסור את פרטיי. בנוסף, הריני לאשר כי אני רשאי לקבל את תוצאות הבדיקות עבור המטופלים בהשגחתי וכל מידע אחר ביחס אליהם ולמצבם הרפואי. אישורי זה ניתן ביחס לכל מטופל שלי אשר לגביו תתבצע הזמנה של בדיקות מ-FMI.

*חתימה וחותמת: _____

פרטי הנבדק/ת

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מספר ת.ז.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

טלפון נייד: _____ טלפון נוסף: _____ כתובת: _____

פקס: _____ דוא"ל: _____ @ _____

סמנ/י את הבדיקה המבוקשת

  

פרטי הדגימה

המכון לפתולוגיה בו שמורה הריקמה: _____

מקור הדגימה: _____ תאריך לקיחת הדגימה: _____

מספר ביופסיה: _____ אבחנה: _____ שלב: _____

***יש לצרף לטופס את הדוח הפתולוגי עבור הדגימה הרצויה וטופס ויתור סודיות חתום ע"י הנבדק/ת והרופא/ה המטפל/ת**

לקבלת מידע נוסף, ניתן לפנות אלינו:
רוש פרמצבטיקה (ישראל) בע"מ
רחוב החרש 6, ת.ד. 6391, הוד השרון 4524079
טלפון: *6639 09-9737767, פקס: 09-9737766
דוא"ל: Israel.foundation@roche.com
בקרו באתר: www.foundationone.co.il

