



**לב מלכה**

פּשענעניקס, נעגניס אפא האב

הקמפוס החוותי הראשון לילדים חולי סרטן

**טופס הרשמה ליום כיף ב"מנחת עין ורד" – י"ד תמוז תש"פ - 06/07/20**

לע"נ הרב מאיר עקשטיין זצ"ל - חבר וידיד "לב מלכה"

**פרטים אישיים:**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ מין ז / נ גיל- \_\_\_\_\_.

מ. זהות: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ טל' בבית: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

נייד ילד/ה: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_.

רחוב: \_\_\_\_\_ מס': \_\_\_\_\_ כניסה: \_\_\_\_\_ שכונה: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_.

שם האב: \_\_\_\_\_ מקום עבודה: \_\_\_\_\_ טל' בעבודה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

שם האם: \_\_\_\_\_ מקום העבודה: \_\_\_\_\_ טל' בעבודה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

**מידע על מצב בריאותי:**

מטופל בביה"ח: \_\_\_\_\_ שם רופא המטפל: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_ קופ"ח: \_\_\_\_\_.

אבחנה: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_ מיקום גידול: \_\_\_\_\_.

מטופל בטיפול אקטיבי בכימותרפיה: כן / לא עד תאריך: \_\_\_\_\_.

טיפול אחזקתי: כן / לא עד תאריך: \_\_\_\_\_.

מטופל בהקרנות: כן / לא עד תאריך: \_\_\_\_\_.

השתלת מח עצם: כן / לא השתחרר בתאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

הגבלת בתנועה: כיסא גלגלים כן / לא קביים: כן / לא אחר: \_\_\_\_\_.

הגבלות אוכל ושתייה: \_\_\_\_\_ בעיות בשינה: \_\_\_\_\_ הגבלות אחרות: \_\_\_\_\_.

סיום טיפולים אקטיביים בתאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ סיום טיפול אחזקתי בתאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

מידת חולצה: \_\_\_\_\_ קיימת ברשותי חולצה: כן / לא. שם העו"ס: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

**הערות: צילום ת"ז של אחד ההורים חובה, (כולל ספה ותמונה - ללא צילום ת"ז לא נוכל לאשר את ההרשמה).**

**אישור הורים להשתתפות בפעילות:**

הריני מאשר לבני/לביתי: \_\_\_\_\_ להשתתף ביום כיף של ארגון "לב מלכה" שיערך בתאריך 06/07/2020 יום שני י"ד בתמוז תש"פ

ב"מנחת עין ורד", כמו"כ אני מאשר לארגון "לב מלכה" להשתמש בכל חומר תיעודי הנלווה למחנה על מנת לעזור לילדים חולים אחרים.

הריני מאשר לארגון "לב מלכה" ו/או למי מטעמו לאסוף מידע אודות הילדים הנופשים הן בכתב ו/או בע"פ ו/או בכל צורת צילום ו/או ציור, וזאת

לכל צורך שארגון "לב מלכה" ו/או מי מטעמו יצטרכו ו/או ירצו להשתמש בו, בנתינת הרשות הזו אני מודה שאין לי כל טענות ו/או תביעות מכל סוג

שהוא כלפי ארגון "לב מלכה" ו/או מי מטעמו באם ישתמשו בחומר התיעודי הנ"ל, לצורך קידום מטרות הארגון.

\_\_\_\_\_ חתימה:

**אישור רופא להשתתפות בפעילות:**

שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_ ביה"ח: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_.

נייד: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (למקרים דחופים).

\_\_\_\_\_ חתימת הרופא:

**ע"פ הנחיות משרד הבריאות יש להגיע ברכב פרטי בלבד!!!**

**הטיסה מיועדת לילד החולה בלבד!!!**

**יש למלא את הטופס ואישור ההורים (כולל צילום ת"ז) ולשלוח בהקדם לפקס: 02-5377911, או למייל:**

**info@levmalka.com**

לפרטים נוספים ניתן להתקשר לאסתר: 02-5376666 שלוחה 0.

ג.ב. מילוי טופס הרשמה אינו מהווה אישור קבלה, זכות קדימה לילדים חזשים.