|  |  |
| --- | --- |
| שם פרטי |  |
| שם משפחה |  |
| מספר ת.ז |  |
| איזה מספר לידה זה עבורך? |  |
| מהו גילך? |  |
| תאריך לידה משוער |  |
| באיזה שבוע את? |  |
| האם עברת ניתוח קיסרי? | כן\ לא. |
| האם את בריאה בדרך כלל? | כן\ לא. |
| האם את נוטלת תרופות בזמן הריון? | כן \לא. במידה ו**כן** נא לפרט: |
| טלפון ליצירת קשר |  |
| טלפון נוסף למקרה הצורך |  |
| כתובת דוא"ל |  |
| שאלות\הערות (כל מה שרצית לשאול או לידע אותנו) |  |
| **לשימוש חדר לידה** | |
| תאריך קבלת המסמך אצלנו |  |
| תאריך יצירת קשר ראשוני |  |
| פגישה נקבעה לתאריך ושעה | יום: תאריך: שעה: |
| הפגישה אושרה |  |
| סיכום פגישה |  |

**המרכז הרפואי לגליל   
חדר לידה**

**בקשה לפגישה לקראת לידה טבעית**:  
ניתן להעביר את הטופס:בדוא"ל: [sarin@gmc.gov.il](mailto:sarin@gmc.gov.il) או בפקס: 04-9107243   
הערה: הנתונים הנרשמים כאן אינם מועברים לגורם שלישי ומשמשים לצרכי "**רישום ללידה טבעית** " בלבד.