

Demande de soin Profil personnel (Document strictement confidentiel !)

Nom et prénom: _____.

Téoudat Zeout: _____.

Numéro de téléphone: _____.

Adresse e-mail: _____.

Date d'Alya: _____.

Date de naissance: _____.

Position dans la famille: _____.

Affiliée a quelle caisse maladie ?

- Meuhedet
- Makabi
- Klalit
- Leumit

Établissement actuel: _____.

Établissement précédent: _____.

Passion / Hobby: _____.

- Objet de demande de soins : _____.
- Objectif escompté : _____.

Préférence de soin désiré:

- Médecin
- Thérapie énergétique
- Thérapie par les Arts/Musique/Théâtre/Danse
- Soins osthéopatiques
- Psychologue
- Psychiatre

Optionnel - Demande de prise en charge:

- Oui
- Non

*Merci de retourner ce formulaire rempli à l'adresse e-mail suivante:
Metarehalevoffice@gmail.com*