

תאריך: \_\_\_\_\_

## בקשה להוצאת דגימות מהמכון הגנטי במרכז הרפואי שיבא, תל השומר

### פרטים אישיים:

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
מספר ת.ז. \_\_\_\_\_  
טלפון ליצירת קשר \_\_\_\_\_  
טלפון נוסף \_\_\_\_\_

## נא לצרף צילום תעודת זהות. במקרה הצורך, יש לצרף גם נספח ילדים או/ו ייפוי כוח

### פרטי הדגימה המבוקשת:

דגימת דנ"א/ אחר. פירוט \_\_\_\_\_  
מספר בדיקה: \_\_\_\_\_ שם/ ת.ז. \_\_\_\_\_  
הסיבה להוצאת הדגימה: \_\_\_\_\_  
המעבדה שאליה נשלחת הדגימה: \_\_\_\_\_  
כמות דנ"א נדרשת: \_\_\_\_\_ microgram רמת ניקיון: \_\_\_\_\_ 260/280 \_\_\_\_\_ 230/260  
טלפון ליצירת קשר במעבדה/ מוסד לשם נשלחת הדגימה: \_\_\_\_\_

## הטיפול בכל דגימת דנ"א עולה 100 ₪. מזכירות המכון תצור עמך קשר לאחר קבלת הטופס.

אם הדנ"א אינו שייך למי שמגיש את הבקשה, יש לצרף ייפוי כוח מטעם בעל הדגימה.  
הערות: \_\_\_\_\_  
\*יש למלא חלק זה במעמד קבלת הדגימה: נמסרה לידיי המבחנה לפי הפרטים המצוינים בדף זה.  
שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
\*בתרומת ביצית/ זרע : הנני מאשר/ת עקיבות הדגימה באמצעות מערכת המחשוב.  
שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**חשוב למלא את כל הפרטים – אי-מילוי הפרטים במלואם עלול לגרום לעיכוב בטיפול בבקשה.**

**לאחר מילוי הפרטים, נא לשלוח את הטופס למייל: [Mirp.Genetica@sheba.health.gov.il](mailto:Mirp.Genetica@sheba.health.gov.il)**