



חטיבת בריאות הציבור
המחלקה למעבדות
PUBLIC HEALTH LABORATORIES

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

סימוכין: 63391025

לכבוד
המחלקה למעבדות
משרד הבריאות
רחוב יעקב אליאב
ירושלים 9546208
דוא"ל: phlebotomist@moh.gov.il

הנדון: אישור המנהל הרפואי על נסיון בשאיבת דם ורידי

הנני מאשר בזאת שמר/גב' _____, ת.ז. _____, ביצע/ה שאיבות דם כמפורט כדלקמן (יש לסמן את המתאים):

עבור קורס הרשאה מגיל 4:

הנ"ל עוסק/ת לפחות שנתיים ברציפות בשאיבת דם ורידי מנבדקים מגיל 14 ומעלה וביצע/ה בהם לפחות 2,000 שאיבות דם מאז קיבל/ה הרשאה לשאיבת דם ורידי.

עבור קורס הרשאה מגיל שנה:

הנ"ל עוסק/ת לפחות שנה אחת ברציפות בשאיבת דם ורידי בילדים מגילאים 4-14 וביצע/ה בהם לפחות 500 שאיבות דם מאז קיבל/ה הרשאה לשאיבת דם ורידי מגיל 4 ומעלה.

בברכה,

תאריך

חתימה + חותמת הרופא המנהל
עם מספר רשיון