Claims Conference ועידת התביעות
The Conference on Jewish Material Claims Against Germany

טופס רופא

הנחיות לאפוטרופוסים
טופס זה צריך להיות ממולא על ידי רופא במקרה שהתובע\ת איננו\ה יכול\ה לחתום על מסמכי ועידת התביעות.
אנא הצג\י את הטופס הזה לרופא של התובע בכדי למלא אותו. הרופא חייב היה לראות את התובע\ת **במהלך שני החודשים שקדמו לכך** בכדי שועידת התביעות תוכל לקבל את הטופס הזה.

כאשר הטופס ימולא על ידי הרופא, אנא שלח\י לועידת התביעות את הטופס הזה, **במקור**, ואת המסמכים הנדרשים הנוספים בדואר. צילומים או משלוח הטופס בפקס או בדוא"ל לא יתקבלו.

הנחיות עבור הרופא
טופס זה צריך להיות ממולא במקרה שהמטופל\ת שלך איננו\ה יכול\ה לחתום על מסמכי ועידת התביעות. את\ה היית חייב\ת לראות את המטופל\ת **במהלך שני החודשים האחרונים**.

.

שם הרופא _____

מספר רישיון _____

טלפון _____

כתובת _____

שם המטופל\ת _____

תאריך לידה _____

תאריך הביקור האחרון _____

עדות:
אני מעיד\ה בזאת, כי למיטב ידיעתי, המטופל\ת שפרטיו\ה צוינו לעיל עדיין בחיים כיום.

בנוסף לכך, אני מאשר\ת בזאת שעקב שבשל מצבו\ה הרפואי של המטופל\ת, הוא\היא:

☐ מרותק\ת למיטה או לא ניתן לנייד אותו\ה

ו\או

☐ איננו\ה מסוגל\ת לחתום על שום מסמך רשמי.

אני מצהיר\ה בזאת כי המידע האמור לעיל הוא נכון ומדויק למיטב ידיעתי, ואני מבין\ה שהצהרות כוזבות או מצגי שווא עלולות לחשוף אותי לתביעה לפי החוקים הרלבנטיים.

חתימת הרופא	**מועד החתימה** / /
חותמת הרופא	