

**לכבוד**

**חברת רוש פרמצבטיקה (ישראל) בע"מ**

**פרטי הרופא/ה המבקש/ת**

תאריך: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מרכז רפואי/מחלקה: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

הריני לאשר בזאת, כי פרטיי יועברו ל- Foundation Medicine, Inc. (חברה אמריקאית) ("FMI"); כי פרטיי יישמרו במאגר מידע של רוש פרמצבטיקה (ישראל) בע"מ ("רוש") ו/או במאגר מידע של FMI (שני אלו - בין בישראל ובין בחו"ל) למטרת העברת תוצאות בדיקות FMI בחזרה אלי ו/או לשם טיפול בכל סוגיה הקשורה לבדיקות FMI ו/או לשם ניהול קשרי רופא-חברה. אני מודע כי לא מוטלת עלי מחויבות כלשהי למסור את פרטיי. בנוסף, הריני לאשר כי אני רשאי לקבל את תוצאות הבדיקות עבור המטופלים בהשגחתי וכל מידע אחר ביחס אליהם ולמצבם הרפואי. אישורי זה ניתן ביחס לכל מטופל שלי אשר לגביו תתבצע הזמנה של בדיקות מ-FMI.

\*חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

**פרטי הנבדק/ת**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

פקס: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**סמני את הבדיקה המבוקשת**

FOUNDATIONONE® LIQUID  FOUNDATIONONE® HEME  FOUNDATIONONE®

**פרטי הדגימה**

המכון לפתולוגיה בו שמורה הריקמה: \_\_\_\_\_

מקור הדגימה: \_\_\_\_\_ תאריך לקיחת הדגימה: \_\_\_\_\_

מספר ביופסיה: \_\_\_\_\_ אבחנה: \_\_\_\_\_ שלב: \_\_\_\_\_

**\*יש לצרף לטופס את הדוח הפתולוגי עבור הדגימה הרצויה וטופס ויתור סודיות חתום ע"י הנבדק/ת והרופא/ה המטפל/ת**

לקבלת מידע נוסף, ניתן לפנות אלינו:  
רוש פרמצבטיקה (ישראל) בע"מ  
רחוב החרש 6, ת.ד. 6391, הוד השרון 4524079  
טלפון: \*6639 09-9737767, פקס: 09-9737766  
דוא"ל: Israel.foundation@roche.com  
בקרו באתר: www.foundationone.co.il