



נספח לבקשה לטיפול מסייע בקנביס לחולי PTSD

לכבוד  
"המנהל" לעניין קנביס לשימוש רפואי

שלום רב,

**הנדון:**

החולה מר/גב': \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ :

האבחנה: \_\_\_\_\_ תאריך תחילת המחלה: \_\_\_\_\_ :

שם הפסיכיאטר המטפל: \_\_\_\_\_ מתאריך: \_\_\_\_\_ :

נכות מוכרת ע"י: ביטוח לאומי/משרד הביטחון/לא מוכרת; בגובה % \_\_\_\_\_ נכות.

**פרטי המחלה:**

תיאור המחלה, סימפטומים:

---

---

---

**מצ"ב מסמכים**

פרט לגבי טיפול תרופתי: פרט לגבי משך מתן, מינון ותוצאות:

---

---

---

**מצ"ב מסמכים**

טיפול פסיכותרפויטי: פרט לגבי משך, תדירות, סוג ותוצאות:

---

---

---

**מצ"ב מסמכים**

נטייה להתמכרות: אין/יש, פרט:

---

---



מצב פסיכוטי בעבר : לא ידוע/אחר, פרט :

במקרה של בקשה להמשך טיפול, יש לפרט את תוצאות הטיפול בקנביס במשך ששת החודשים האחרונים:

- הנני הפסיכיאטר המטפל בחולה זה, ואמשיך לטפל בו למשך כל תקופת הטיפול הבאה (לפחות 6 חודשים).
- אין התווית נגד לשלילת הטיפול בקנביס במקרה הנ"ל.
- הסברתי לחולה על הטיפול המיועד והשלכותיו, כולל תופעות הלוואי האפשריות.

בברכה,

ד"ר/פרופ' \_\_\_\_\_  
חתימה וחותמת \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_

טלפון עבודה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_