

שם ממלא הדוח		שם המוסד			
שם הנפגע		כתובת:			
גיל:		ת.ז.		טל	
תאריך האירוע		שעת האירוע		הנפגע שהה במקום במסגרת חוג/ביקור חד פעמי/לא ברשות	
עדי ראייה לאירוע:					
1. שם		כתובת		טלפון	
2. שם		כתובת		טלפון	
תיאור מלא ומדויק של פרטי האירוע (כולל מקום האירוע, נסיבות האירוע, סיבות, תיאור וסוג הפגיעות הגופניות)					
שם המנהל / העובד ותפקידו מטעם החברה שנכח וטיפול באירוע (כולל טלפון) :					
חתימת ממלא הדו"ח :					
חתימת מנהל המרכז :					
האם קיבל טיפול רפואי במקום? כן / לא					
ע"י					
סוג הטיפול:		פונה באמצעות		פרטי / אמבולנס / אחר: _____	
האם נשלח להמשך טיפול (ציין שם ביה"ח / מ.ד.א/מרפאה)					
יש למלא את הטופס במלואו ובכתב ברור					
יש לצרף לטופס את כל המסמכים הקשורים לאירוע זה					
יש להעביר את הדו"ח לשלומית דיין למייל shlomitd@mosdot.co.il					
לכל המאוחר תוך 24 שעות מתאריך האירוע					
בכל והנפגע מועסק על ידי החברה, יש להעביר העתק גם לרכזת המש"א					
