



מדינת ישראל
משרד הרווחה
אגף השיקום - השירות לעיוור

בקשה לתעודת עיוור / לקוי ראייה
(כולל דמי ליווי)

מיועד
לתמונת
הפונה

א. פרטים אישיים של הפונה (ימולא רק ע"י העובד/ת הסוציאלית/ת במחלקה לשירותים חברתיים)

שם משפחה	שם פרטי	ס.ב.	מספר זהות	שנת לידה	מצב משפחתי ר / נ / ג / א	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
שנת עליה	רחוב	מס' הבית	שם הישוב	מיקוד	מספר טלפון/נייד	

מספר תעודת עיוור (אם יש)

רשיון נהיגה בתוקף כן לא

מוכר/ת כנפגע עבודה/נפגע פעולת איבה כן לא

עובד לא

חוסה במוסד כן לא

מוכר/ת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל כן לא

נבדק על ידי ביטוח לאומי/בדיקת עיניים כן לא

הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית אודות מצב הראייה

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו נכונים, ומתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/ה לעונשים ולביטול התעודה. הנני מוכר/ה מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שהדין מעניק לעניין המידע הרפואי העיני שכולל בדיקת עיניים מקיפה ובדיקות תומכות לקביעת האבחנה ומרשה שהשירות לעיוור יבקש ויקבל פרטים ומסמכים אודות מצבי הרפואי מכל גורם, לצורך קביעת זכאותי לתעודה זו.

תאריך: שנה חודש יום

חתימת הפונה: _____

ב. לשכה שם הלשכה וחותמת: _____ סמל לשכה: _____

שם העו"ס המטפל: _____ תאריך: _____

ג. בדיקה רפואית (חלק זה ימולא ע"י רופא מומחה למחלות עיניים, בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור ותואר מומחה) תשכ"ד 1964)

עין שמאל	עין ימין	לשימוש משרדי בלבד				נא לציין V - גורם עיקרי לעיוורון V - ממצא אחר T - עיוורון מטרואמה	עין שמאל	עין ימין	
		שמאל	ימין	שמאל	ימין				
		GLAUCOMA						חדות ראייה	
								א. אין תחושה לאור	
								ב. תנועת יד	
								ג. עד 1/60	
								ד. עד 3/60	
								ה. מעל 3/60 פרוט:	
								שדה ראייה צרף תרשים	
								א. עד 10 מעלות	
								ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות	
								ג. מעל 20 מעלות	
								RETINA & VITREOUS	
								19 Retinopathy of prematurity	
								20 Retinitis pigmentosa	
								21 Retinal detachment	
								22 Myopic Maculopathy	
								23 Diabetic Mac. & Retinop.	
								24 A.M.D.	
								25 Vitreous Hemorrhage	
								26 C.V.O. / C.A.O.	
								27 Other	
								OPTIC NERVE & PATHWAYS	
								28 Optic atrophy	
								29 Other neuropathy	
								OTHER DIAGNOSIS	
								30	
								EYEBALL	
								1 Phthisis	
								2 Anophthalmos	
								3 Microphthalmos	
								4 Albinism	
								5 Nystagmus	
								6 Amblyopia	
								UVEAL TRACT	
								7 Uveitis	
								8 Other: פירוט:	
								CORNEA & SCLERA	
								9 Central Opacity	
								10 Keratoconus	
								11 Other: פירוט:	

תאריך בדיקה: שנה חודש יום מס' טל': _____

חתימה וחותמת הרופא: _____

תאריך שם חתימה חותמת

הערות: _____

הטופס ימולא במקור + 3 עותקים:
1. הפקוח המחוזי ישמור המקור (לכן)
2. המחלקה לשי"ח תשמור העתק מס' 1 (תכלית)
3. רופא האימוץ ישמור על העתק מס' 2 (ורוד)
4. מרבי"ד ישמור על העתק מס' 3 (ירוק)