

מדינת ישראל / משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 אגף השיקום – השירות לעיוור

בקשה לתעודת עיוור / לקוי ראייה
 (כולל דמי ליווי)

מיועד
 לתמונת
 הפונה

את הטופס יש לשלוח לדוא"ל: t.aleh@bezeqint.net
או לפקס מס': 1533-6785090



יש למלא את הטופס בכתב יד קריא וברור

א. פרטים אישיים של הפונה

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

מס' תעודת עיוור (אם יש)

נבדק על ידי ביטוח לאומי / בדיקת עיניים כן לא

עובד כן לא

מוכרת/ת כנפגע עבודה/ נפגע פעולות איבה כן לא

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

רשיון נהיגה בתוקף כן לא

חוסה במוסד כן לא

ביטול תעודת עיוור דמי ליווי ממות הבקשה: תעודת עיוור

הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית:

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, ומתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/ה לעונשים ולביטול התעודה. הנני מוכן/ה מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שהדין מעניק לעניין המידע הרפואי אודותיי ומסכים/ה ומרשה בזה לשירות לעיוור לבקש ולקבל פרטים ומסמכים אודות מצבי הרפואי מכל גורם, לצורך קביעת זכאותי לתעודה זו. כמו כן, אני מאשר העברת הפרטים למוסד לביטוח לאומי לצורך קביעת זכאות לקצבת נכות כללית, קצבת שירותים מיוחדים וקצבת ילד נכה.

תאריך: _____ חתימת הפונה: _____

הצהרת העד/ה:

אני מאשר/ת כי הצהרה זו נחתמה בנוכחותי ביום _____, לאחר שהקראתי את תוכנה המלא והמדויק באוזני החותם/ת.

חתימת העד/ה: _____ פרטי העד/ה לחתימה: שם פרטי _____ שם משפחה _____

ב. בדיקה רפואית { חלק זה ימולא ע"י רופא מומחה למחלות עיניים, בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור תואר מומחה) תשכ"ד 1964 }
 נא לציין: (V) גורם עיקרי לעיוורון V ממצא אחר (T) עיוורון מטראומה

לשימוש משרדי בלבד

שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין
				חדות ראייה	
	GLAUCOMA			א. אין תחושה לאור	
	12 Primary Glaucoma			ב. תנועת יד	
	13 Congenital			ג. עד 1/60	
	14 Secondary			ד. עד 3/60	
	CATARACT			ה. מעל 3/60 פרוט:	
	15 Senile			שדה ראייה צרף תרשים	
	16 Congenital			א. עד 10 מעלות	
	17 Complicated			ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות	
	18 Operated			ג. מעל 20 מעלות	
	RETINA & VITREOUS			EYEBALL	
	19 Retinopathy of prematurity			1 Phthisis	
	20 Retinitis pigmentosa			2 Anophthalmos	
	21 Retinal detachment			3 Microphthalmos	
	22 Myopic Maculopathy			4 Albinism	
	23 Diabetic Mac. & Retinop.			5 Nystagmus	
	24 A.M.D.			6 Amblyopia	
	25 Vitreous Hemorrhage			UVEAL TRACT	
	26 C.V.O. \ C.A.O			7 Uveitis	
	27 Other			8 Other: פירוט:	
	OPTIC NERVE & PATHWAYS			CORNEA & SCLERA	
	28 Optic atrophy			9 Central Opacity	
	29 Other neuropathy				
	30 C.V.I				
	OTHER DIAGNOSIS			10 Keratoconus	
	31			11 Other: פירוט:	

תאריך בדיקה: _____
 מס' טל': _____
 חתימה וחותמת הרופא: _____

תאריך _____
 שם _____
 חתימה _____
 חותמת _____

הערות: _____