

משרד הביטחון/אגף שיקום נכים

**דף הסבר להגשת בקשה בגין
מחלה**

אבקש למלא את הטופס בדיוקנות, לחתום על הטופס וכן על טופס ויתור סודיות רפואית ולצרף החומר הדרוש לפי הפרוט רצ"ב.

1. אישור מהיחידה לתנאי השירות אשר גרמו או החמירו את המחלה.
2. תצהיר בשבועה מפורט מעו"ד או בית-משפט אשר יעיד על הנסיבות / האירועים / תנאי השירות שהיה בכוחם לגרום להופעת המחלה או להחמרתה.
3. מסמכים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי טרם השירות-אישור מהרופא המטפל בקופת-חולים כולל רופאים מקצועיים.
4. סיכומי מחלה / חדרי מיון מבתי-חולים / ביקור במרפאה מקצועית / צבאית.
5. דו"ח רפואי מפורט המעיד על מצבך כיום מהרופא המטפל.
6. צילום ת.ז עם התמונה+הספח.

המצאת החומר על ידך עשויה לזרז ולקדם את עניינך, ולקצר את זמן ההמתנה לקבלת חומר עקב פניה שלנו.

יש לקרוא היטב את דף ההסבר לפני מילוי הפרטים

דף הסבר לטופס

מחלה

הטוען כי נותרה לו נכות בעקבות מחלה או החמרת מחלה שארעו בזמן ועקב שירותו הצבאי, בשירות חובה, קבע, מילואים, משטרה, שירות בתי הסוהר או שירות ביטחוני אחר רשאי להגיש בקשה להכרת זכות זו לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב).

לעניין זה "מחלה" הינה כל מחלה, ליקוי, מוגבלות, תסמונת או הפרעה, גופנית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית ובלבד שנגרמה עקב אירוע שאופיו, מהותו ונסיבותיו ייחודיים לשירות הצבאי, או עקב תנאי שירות שאופיים ומהותם ייחודיים לשירות הצבאי ובלבד שהמחלה היא אחת מאלה:

- 1) מחלה כתוצאה מחשיפה לחומר מסוכן, לקרינה מייננת או לקרינה אינפרא-אדומה;
- 2) הידבקות במחלה כתוצאה מחשיפה למוצרי דם ונוזלי גוף במסגרת טיפול רפואי בתנאי שדה;
- 3) פגיעה באברי השמיעה כתוצאה מאירועי רעש או מחשיפה לרעש, ובלבד שמקור הרעש הוא באמצעי לחימה.

בקשה למחלה שאינה אחת מאלה, יש להגיש בקשה לפי חוק הביטוח הלאומי.

טופס זה מיועד למילוי במקרה של מחלה. במידה ומדובר בחבלה יש למלא טופס בקשה המתייחס לחבלה.

הקדמה:

לפני המילוי עליך לקרוא בעיון את דף ההסבר במלואו. את הטופס יש למלא בעט ובכתב יד ברור ולהגיש ב-3 העתקים (עותק מקורי+שני העתקים). אם המקום המיועד בטופס צר מלהכיל את כל הפרטים יש לצרף דף נוסף ב-3 העתקים.

חלק א' - פרטים אישיים

מלא פרטים מלאים כפי שרשומים בתעודת הזהות. ציין מספר אישי צבאי כפי שמופיע בתעודה הצבאית. שוטרים, סוהרים, שב"כ ומשרד ראש הממשלה ירשמו בנוסף למספרם האישי מ.א. צבאי. רשום באיזו קופת חולים הינך חבר, וכן ציין תאריך הצטרפותך לקופה. רשום קופת חולים קודמת בה היית חבר. אם קיימת קופת חולים נוספת ציין פרט זה. חייל בשירות חובה/קבע ימלא פרטי קופת חולים קודמת בה היה חבר.

חלק ב' - פרטים אודות השירות

ציין פרטים על שירות החובה כיום או בעבר (כולל אנשי קבע, שוטרים וסוהרים), במידה ולא שרתת שירות חובה ציין זאת בסעיף זה.

חלק ג' - המחלה

מלא את פרטי השירות שבמהלכו חלית. חשוב! מלא את פרטי מפקדך הישיר באותה תקופה.

תאור המחלה:

אם המחלה בגינה הינך מגיש טופס זה חדשה ציין "נגרמה", אם היית חולה עוד לפני השירות וחלה החמרה במצבך ציין "החמרה".

מוסדות רפואיים בהם טופלת:

הקפד לציין את שם המוסד הרפואי הראשוני בו טופלת מיד לאחר הפציעה.
במידה וקבלת טיפול רפואי ראשוני בשטח, ציין פרטים מלאים על המשך הטיפול הרפואי במוסדות השונים בציון תאריכים.

חלק ד' – הצהרה

לאחר שמלאת את כל הפרטים, קרא בתשומת לב את ההצהרה וחתום את שמך במקום המתאים.

טופס לא חתום או שלא מולאו בו כל הפרטים הנדרשים יוחזר!

כתובת למסירת הטפסים

משרד הביטחון – אגף שיקום נכים, היחידה לתביעות וקביעת זכאות
בדואר / באמצעות שליח / ידני (במועדי קבלת קהל בלבד) – רח' ז'בוטינסקי 94, פתח תקווה 4959251.

או לכתובת הבאה באזור מגוריך:

ירושלים: בית הטיילת רח' בית"ר 2, מיקוד 9338601	דן: דרך יעקב דורי ת.ד. 928 קריית אונו מיקוד 5510801
---	--

טבריה: בנין המשטרה, דרך הציונות ת.ד. 773 מיקוד 1432301	תל אביב: דרך יעקב דורי ת.ד. 931 קריית אונו מיקוד 5510801
---	---

באר שבע: רח' סוקולוב 14, מיקוד 8428830	חיפה: רח' דוד המלך 44, נווה דוד מיקוד 3542126
--	--

רחובות:
רח' מרשוב 5, מיקוד 7644307

מוקד טלפוני אגף שיקום נכים 03-7776777

מועדי קבלת קהל

← ימי ב': 08:00-12:00

← ימי ד': 15:00-18:00

בקשה להכרת זכות (מחלה)

לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב)

לתשומת לב ממלא הטופס:

- עליך לדייק במילוי הפרטים ולתת מענה מלא לכל השאלות.
- במסגרת הטיפול בבקשתך על ידי קצין התגמולים או על ידי ועדת ערר, לא תורשה לסטות מתיאור העובדות כפי שצינת בטופס זה ללא קבלת רשות מיוחדת.
- נתוני תאריך לידה, מצב משפחתי וכתובת יאומתו מול נתוני משרד הפנים ורק נתוני משרד הפנים יהיו קובעים למתן זכויותיך הניתנות על פי נתונים אלה.
- אתה רשאי להיות מיוצג בתביעתך על ידי עורך דין ו/או על ידי אדם אחר אם אין אותו אדם עושה את הייצוג דרך עיסוק או תמורה.

אני החתום מטה, לאחר שהוזהרתי כי עליי לומר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה כלהלן:

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם משפחה קודם	מספר זהות	מין
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מספר אישי בצה"ל	מספר שוטר/סוהר	תאריך לידה	ארץ לידה	מצב משפחתי	
				<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	

כתובת מגורים:

רחוב	מספר בית	מספר דירה	תיבת דואר	ישוב	מיקוד
טלפון נייד	טלפון ניח	טלפון נוסף	מספר פקס'	כתובת דוא"ל	

חברות בקופת חולים:

שם הקופה	מתאריך	עד תאריך	שמות הרופאים המטפלים ומקצועם	כיום
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

מקום עבודה נוכחי/אחרון:

שם	כתובת	תפקיד	מספר טלפון

ב. פרטים אודות השירות

סוג שירות	תאריך גיוס	פרופיל רפואי	תאריך שחרור	פרטי היחידה או מספר ד"צ	תפקיד	דרגה	חיל
חובה							
קבע							
מילואים							
שוטר							
סוהר							
אחר							

האם קיבלת פטור משירות? לא כן, מתאריך _____ מסיבה: _____
אם הנך כעת בשירות צבאי, נא ציין את מספר ד"צ הנוכחי: _____.

האם הגשת בעבר בקשה למשהב"ט עקב חבלה/מחלה? לא כן, בתאריך _____ מסיבה: _____

האם הגשת בקשה לקצבה/גמלא לפי חוק ביטוח לאומי? לא כן, התביעה בטיפול/אושרה מתאריך _____

ג. המחלה

פרטי השירות במהלכו חלית	סוג השירות	פרטי השירות	תפקיד ביחידה	תאריכי השירות	דרגה	חיל
פרטי מפקדך הישיר בתקופת הופעת המחלה או החמרתה						

תאור המחלה (פרט בצורה מלאה ומדויקת את העובדות והשתלשלות העניינים הקשורים למחלה, שם המחלה כולל מועד תחילת סימניה (סימפטומים), תאור הסימפטומים, וכן פרטים לגבי התופעות מהן הנך סובל) (באם המקום אינו מספיק, נא צרף דף נוסף).

יש לצרף אישור מהיחידה בה שרתת

תאר כיצד גרמו תנאי השירות למצבך

האם מישוה מבני משפחתך סובל ממחלה זו, פרט

עדים היכולים להעיד על נסיבות החבלה: לא כן ופרטיהם:

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות / מספר אישי	כתובת אזרחית	ד.צ.	תפקיד
1.	המפקד הישיר					
2.	עד לאירוע					
3.	חבר ליחידה					
4.	עדים נוספים					

*אי ציון שמות עדים משמעו שאין עדים לאירוע.

הערות:

מוסדות רפואיים בהם טופלתי לרבות מרפאות מקצועיות: *במקרה של החמרת המחלה, ציון שמות כל המוסדות הרפואיים בגין המחלה (לפי השרות בו חלה ההחמרה).

שם המוסד הרפואי	חדר מיון	אשפוז	מרפאה	תאריכי טיפול מ-עד	שם הרופא המטפל

האם התנהלה חקירה

לא

כן, ע"י _____ מקום החקירה _____ מספר תיק: _____

אני עובד במשרד הביטחון כן / לא . אם כן היכן

אני קרוב משפחה של עובד המשרד כן / לא . ציון קרבה

ד. הצהרה

הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם לפי דעתי נכונים ומלאים וכי המצאתי את כל המסמכים שברשותי הקשורים בתביעה זו וידוע לי שאהיה צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד מסירת ידיעה כוזבת.

תאריך _____ השם המלא של החותם _____ חתימה _____



מדינת ישראל
משרד הבריאות

הנדון: טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
----------	---------	----------	------	-----	-----	-------	-------

נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור **למשרד הביטחון ולכל גורם החייב בהוצאותיי לרבות חברות הביטוח** (להלן "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים ששילם לו המוסד לביטוח לאומי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם.

שם הרופא המטפל: _____

שם קופת חולים: _____ סניף: _____

תאריך	חתימה
-------	-------

(במידה והחותם הוא אפוטרופוס – יש לצרף את צו האפוטרופוסות)

נחתם בנוכחות:

שם מלא	מס' זהות	חתימה	(של העד לחתימה)
--------	----------	-------	-----------------

(עד החתימה שבנוכחותו נחתם הוסי"ר יכול להיות רק אחד הגורמים הבאים: רופא, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג או מורשה חתימה בבנק; עד החתימה יצרף חותמת לחתימתו.)