



המוסד לביטוח
לאומי
אגף גמלאות נכות
אבחון רפואי

סיבת האבחון

- תביעה ראשונה/ חזרת
 תביעה חוזרת לאחר דחייה
 תום זמניות מ-
 שר"מ
 בדיקה מחדש למקבל קצבה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

2 | 5

04

1	סניף מגורים: רשלצ	סניף הועדה: רשלצ	מספר הועדה:	תאריך הועדה: 09/11/2021
---	----------------------	---------------------	-------------	----------------------------

2 פרטי התובע:					
שם משפחה:		שם פרטי:		תאריך לידה:	
מספר זהות:		מספר בית:		דירה:	
כתובת: רחוב:		כניסה:		תא דואר:	
טלפון קווי:		טלפון נייד:		דואר אלקטרוני:	
מיקוד:		יישוב:		מספר זהות:	

3 מסמכים שעמדו בפני הועדה:					
תאריך המסמך:	סוג המסמך:	תאריך המסמך:	סוג המסמך:	תאריך המסמך:	סוג המסמך:
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
פרוטוקולים נוספים שעמדו בפני הועדה:					
<input type="checkbox"/> נפגעי עבודה		<input type="checkbox"/> נפגעי איבה		<input type="checkbox"/> אחר	

4 אחוז הנכות הרפואית שנקבע באבחון מתאריך:			
אחוז הנכות הרפואית המשוקלל:			
לנכות:	לשר"מ:	מתאריך:	עד תאריך:
אחוז לסעיף:	סעיף ליקוי צמיתה:	אחוז לסעיף:	סעיף ליקוי זמנית:

5	הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע- הסיבה:
<input type="checkbox"/> סיכום דיון לאחר קבלת מסמכים <input type="checkbox"/> מעל 90% נכות רפואית <input type="checkbox"/> הסכמת התובע <input type="checkbox"/> סיכום חוות דעת- יש סף רפואי מזכה	

שם התובע:	מס' ת.ז.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה: 09/11/2021
-----------	-----------	-----------	----------------------------

6 אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי: <input checked="" type="checkbox"/> ת.ז. <input type="checkbox"/> דרכון <input type="checkbox"/> רישיון נהיגה <input type="checkbox"/> אחר	
בעת הדיון נכח גם:	<input checked="" type="checkbox"/> עו"ד: שם עידן נוי
<input type="checkbox"/> מלווה: שם	מספר רישיון:
<input type="checkbox"/> הדין לא מתקיים, הסיבה:	קרבה: בחר פריט:
<input type="checkbox"/> התובע הוזן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות <input type="checkbox"/> אינו מבין את מהות ההזמנה	ת.ז.:
<input type="checkbox"/> הוועדה נפסלה, הסיבה:	תאריך:
<input type="checkbox"/> אישור הרופא המוסמך:	מזכיר הישיבה:
תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אנמנזה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים):	
אין שינוי משמעותי מאז הבדיקה הקודמת, מדובר בסכרת עם פגיעה באברי מטרה תפקודי הכליות מבדיקות אחרונות בדרגה 4	
<p style="text-align: center;">16.11.20 - אין הפסקה ק"ת. כבד</p>	
האם התובע עובד כיום:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
תקופה עבודה:	סוג עבודה אחרונה:
תאריך הספקת עבודה:	סיבה:
השכלה מספר שנות לימוד:	סוג עבודה אחרונה:
הכשרה מקצועית:	סוג ההכשרה:
אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.	
אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, הסיבה:	שם הרופא המוסמך:
חתימת התובע:	חתימת המלווה:
X	
בהעדר חתימת תובע / מלווה, חתימת רופא:	

שם התובע:	מס' ת.ז.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה: 09/11/2021
-----------	-----------	-----------	----------------------------

7 ממצאי הבדיקה הנוכחית:

נראה כפי גילו, אין צורך בבדיקה גופנית. הנכות נקבעה על סמך מסמכים.

8 התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

תאריך	תחום רפואי	האם הוועדה מקבלת חוות הדעה?
1.11.21	עיניים	כן <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> הערות/נימוק:
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> הערות/נימוק:
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> הערות/נימוק:

9 סיכום דיון/ נימוק:

חולה סכרת עם סיבוכים מרובים, ירידה קשה בראייה ואי ספיקת כליות בינונית עד קשה.

10 דרישה למידע רפואי לאבחון הנוכחי (עצירת דיון) ונימוק:

11 דרישה למידע רפואי נוסף לאבחון הבא:

שם התובע:	מס' ת.ז.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה: 09/11/2021
-----------	-----------	-----------	----------------------------

12 הליקויים הרפואיים: מצורף פירוט המשך ליקויים: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>											
הליקויים	סעיף במבחנים		מותר	חריג	אחוזי הנכות	מנופה	נכות ושר"מ	נכות בלבד	נכות רפואית		האם הליקוי נובע מהתאונה?
	עיקרי	משנה							עד תאריך	מתאריך	
חדות ראייה	52	1 7 ז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מתאריך	10.21	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> *
ניורופטיה	29	6 ב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	המשך		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
כאבי קרסולים	48	3 א	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	המשך		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
נפרופטיה	22	7 ב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.10.21		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
סכרת עם סיבוכים	4	ו	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.10.21		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
הפרעה נפשית	34	4 ב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	המשך		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
יתר לחץ דם	9	3 ב 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	המשך		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

★ לביורו הקשר הסיבתי בין הליקויים לתאונה יש להזמין המסמכים הבאים:
אחוז הנכות הרפואית המשוקלל:

לנכות:	לשר"מ:	למס הכנסה:	מתאריך:	עד תאריך:	יציבה / זמנית:
97%			1.10.21		יציבה <input type="checkbox"/> זמנית <input type="checkbox"/>

13 הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו:			
התובע מסוגל להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	לברר עם גורם מטפל	<input type="checkbox"/>
התובע מסוגל להשתמש בסכום כספי גדול יחסית ובאופן יעיל ואחראי	כן <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	לברר עם גורם מטפל	<input type="checkbox"/>
התובע מתמצא במקום ובזמן לרבות במוסדות הפועלים בקהילה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	לברר עם גורם מטפל	<input type="checkbox"/>
מומלץ ליזום תביעה לשר"מ?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הוגשה תביעה	<input type="checkbox"/>
מומלץ ליזום תביעה לניידות?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הוגשה תביעה	<input type="checkbox"/>
האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	גמק	<input type="checkbox"/>
האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבטיחות בדרכים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

חתימת הרופא המוסמך:
אני מצהיר בזאת:

א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
ב. איני הרופא המטפל של התובע.
ג. לא קיימת קרבה משפחתית / היכרות אישית ביני לבין התובע.
ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה / מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך: 27.10.21 שם הרופא: מומחיות: פנימאי חתימה:

מזכיר הוועדה: מעיין מכטה

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע. הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.
כניגוד עניינים ע"פ