

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 לכתובת: עמותת עלה ת.ד. 24051, הר הצופים, ירושלים 9124001.



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 עובד כן לא

מוכרת כנפגע עבודה/ נפגע פעולות איבה כן לא

מוכרת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל כן לא

רשיון נהיגה בתוקף כן לא

חוסה במוסד כן לא

מחות הבקשה: תעודת עיוור דמי ליווי ביטול תעודת עיוור

הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית:

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, ומתחייבת/ת להודיעכם על כל שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/ה לעונשים ולביטול התעודה. הנני מוכי/ה מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שהדן 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 לשירות לעיוור להעביר את הפרטים למוסד לביטוח לאומי לצורך קביעת זכאות לקצבת נכות כללית, קצבת שירותים מיוחדים וקצבת ילד נכה.

כמו כן, אני מאשר/ת לשירות לעיוור להעביר את פרטיי האישיים לגופים המפעילים שירותי הדרכה שיקומית מטעם המשרד, ולחם בלבד, על מנת שהם יציגו בפניי מידע אודות שירותי ההדרכה השיקומית והאפשרויות העומדות בפניי לצורך קבלת השירות. אני מוותר/ת מראש על כל טענה בדבר פגיעה בפרטיות השמורה לי על פי כל דין בעניין זה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו אל המשרד או אל הגופים המפעילים, בקשר למסירת המידע כאמור.

תאריך: _____

חתימת הפונה: _____

ג. 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 מטרואמה

לשימוש משרדי בלבד

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

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

תאריך: _____
 שם: _____
 חתימה: _____
 חותמת: _____

הערות: _____