



המוסד לביטוח לאומי

אגף גמלאות נכות
אבחון רפואי

סיבת האבחון <input type="checkbox"/> תביעה ראשונה/ חזרת <input type="checkbox"/> תביעה חוזרת לאחר דחייה <input type="checkbox"/> תום זמניות <input type="checkbox"/> שר"מ <input type="checkbox"/> בדיקה מחדש למקבל קצבה		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div>מס' זהות / דרכון</div> <div>סוג המסמך</div> <div>25</div>		<div>ז'פים</div> <div>25</div>

1	סניף מגורים:	סניף הועדה:	מספר הועדה:	תאריך הועדה: 02/09/2021
---	--------------	-------------	-------------	----------------------------

2 פרטי התובע:

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

3 מסמכים שעמדו בפני הועדה:

תאריך המסמך:	סוג המסמך:	תאריך המסמך:	סוג המסמך:
04/08/2021	סיכום אשפוז אורתופדיה ש"צ	1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5
		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:

לנכות:	לשר"מ:	מתאריך:	עד תאריך:
אחוז לסעיף:	סעיף ליקוי צמיתה:	אחוז לסעיף:	סעיף ליקוי זמנית:

5 הדין מתקיים ללא נוכחות התובע- הסיבה:

☐ סיכום דיון לאחר קבלת מסמכים ☐ מעל 90% נכות רפואית ☐ הסכמת התובע ☐ סיכום חוות דעת- יש סף רפואי מזכה

6 אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי: <input type="checkbox"/> ת.ז. <input type="checkbox"/> דרכון <input type="checkbox"/> רישיון נהיגה <input type="checkbox"/> אחר	
בעת הדין נכח גם:	<input type="checkbox"/> עו"ד: שם <input type="checkbox"/> מלווה: שם
מספר רישיון: קרבה: בחר פריט.	ת.ז.:
<input type="checkbox"/> הדין לא מתקיים, הסיבה: <input type="checkbox"/> התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות <input type="checkbox"/> אינו מבין את מהות ההזמנה <input type="checkbox"/> הוועדה נפסלה, הסיבה:	
אישור הרופא המוסמך:	מזכיר הישיבה:
תאריך:	
תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אנמנזה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים): לל"ן	
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 שגרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.	
אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, הסיבה:	
שם הרופא המוסמך:	חתימת התובע:
חתימת המלווה:	
בהעדר חתימת תובע / מלווה, חתימת רופא:	

7

בת 27 בעבר שברים באגן עם OA/AVN פרק הירך ימין. ב 02/08/2021 עברה ניתוח החלפת פרק הירך ימין ללא סיבוכים. שחזרה הביתה עם דריכה מלאה על הרגל ע"י הליכון

8 התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

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

9 סיכום דיון/ נימוק: ניתן לתת נכות בהתאם למצב הרפואי

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

11 דרישה למידע רפואי נוסף לאבחון הבא:

מס' 12 הליקויים הרפואיים: מצורף פירוט המשך ליקויים: ☐ כן ☐ לא

הליקויים	סעיף במבחנים	מונחים	חריג	אחוזי הנכות	מנפה	נכות ושר"מ	נכות בלבד	נכות רפואית	האם הליקוי גובע מהתאונה?
עיקרי	משנה							מתאריך	עד תאריך
48	1א			30				18/11/19	01/08/21
35	1ה			50				02/08/21	31/12/21
35	1ב			10				18/11/19	
75	1ב			10				18/11/19	
34	2ב			10				מעל 15 ח'	

★ לבירור הקשר הסיבתי בין הליקויים לתאונה יש להזמין המסמכים הבאים:

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל:

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

מס' 13 הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו:

<input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לברר עם גורם מטפל
<input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לברר עם גורם מטפל
<input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לברר עם גורם מטפל
<input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> הוגשה תביעה
<input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> הוגשה תביעה
<input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	נמק
<input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

חתימת הרופא המוסמך:

אני מצהיר בזאת:

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

תאריך: 02/09/2021 שם הרופא: ד"ר איב בן שושן מומחיות:

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

חתימה:

שם מזכיר הישיבה:

תאריך: 02/09/2021