

<div style="background-color: black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מספר זהות / דרכון		
7	0	

תאריך תביעה: 05/01/2021  
סיבת הערר:

המוסד לביטוח  
לאומי

ביטוח נכות

**קביעת דרגת אי כושר -**

עזר

78061

סניף ממרים	סניף פועדה	מס' זעדה	תאריך האבחון
			23/02/2021

<b>פרטי תיבה</b>						
שם משפחה		שם פרטי		מין	תאריך לידה	מספר זהות
				נקבה		
<b>כתובת</b>						
רחוב		מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב / מיקוד

אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי ת.ז. דרכון רישיון נהיגה אחר

בעת הדיון נוכח גם: ☒ עו"ד: שם ☐ מס' רישיון

מלווה: שם \_\_\_\_\_

קרבה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☒ לא ☐ כן - שם הרופא \_\_\_\_\_

**הדיון לא מותקיים, הסיבה:** \_\_\_\_\_ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות \_\_\_\_\_ אינו מבין את מהות ההזמנה מועדה נפטלה, הסיבה: \_\_\_\_\_

[illegible]

הצהרת הנכח וחתימתו  
 חתימת נכח/מלווה \*  
 פרטי המלווה: שם \_\_\_\_\_ יחס הקרבה \_\_\_\_\_  
 חריני מאשר בזה שאלו הן כל המלוותי

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
			23/02/2021

5. מסמכים שעמדו בפני הוועדה

תאריך המסמך	סוג המסמך ומקור המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך ומקור המסמך
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

6. דיוני הוועדה וגימוקים לקביעה

דיוני הוועדה מתבססים על:

דיווח התובע כנ"ל.

עיון במסמכי תיק הנכות ב- \_\_\_\_\_ תביעה \_\_\_\_\_ החומר הרפואי \_\_\_\_\_ המידע הסוציאלי \_\_\_\_\_

מסמכים שהגיש העורר לוועדה.

עקרת בית: דו"ח המעבדה לרפואי בעיסוק. הציון שנקבע \_\_\_\_\_

ב- 23, חדר נכונה אצל אחרי שברי זכר הירק, רגל הפלאה ב- שנה אחר  
 רגל האצבע. סרצב בדפא אפניה (פלדה בל"פ בל"פ 5 רגל האצבע, שברי  
 בנה בנה לבנות יתר  
 ור, שמתן אדך כר שניני ניוניס והפפרק אדריס מסיכוי (אידיד והוא) במו  
 יגום אפלאה הירק אור פומבא אדריס, אפריס כממער אציוני חומות דרי אדריס  
 ואו אפריס בחוראוו אדריס (אפריס בל"פ, סוטר, כי רגל הכואה ישיבה לאונסכה  
 מכ"פ בל"פ אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס  
 במערה אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס  
 הו"פ אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס  
 אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס  
 הו"פ אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס אדריס

7. השהיית הדיון (המשך הדיון יתקיים לאחר בפני הוועדה)

בדיקות רפואיות \_\_\_\_\_

חוות דעת (רפואית, שיקומית וכו') \_\_\_\_\_

בירורים (חקירות חוץ, תעסוקה, הכנסות וכו') \_\_\_\_\_

ביקור בית על ידי \_\_\_\_\_

זימון התובע לדיון בוועדה \_\_\_\_\_

נימוק: \_\_\_\_\_

תאריך: 23/02/2021 שם הרופא: ד"ר זוננבליק משה מומחיות: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ מומחיות: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ מומחיות: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_



שם התובע	מספר זמנית	מס' ועדה	תאריך האבחון
			23/02/2021

קביעת דרגת אי-כוש									
דרגת אי הכושר היא למועד:		חזרה	מתאריך	יציבה = י	זמנית = ז	חזרה	מתאריך	יציבה = י	זמנית = ז
___ תאריך קובע									
___ תום זמנית									
___ חידוש דיון									
___ אובדן כושר פחות מ- 50%		000	18.11.15						

בדיקות הדרושות לדיון בתום דרגת אי-הכושר הזמנית:

המלצות הוועדה לעררים	
___ להודיע לרופא המטפל על הממצאים שנתגלו בבדיקות	
___ הנכה יכול לגבות בעצמו את הקצבה	___ ניתן להביא תוכן מסמך זה לידיעת התובע
___ כן	___ אין להביא תוכן מסמך זה לידיעת התובע
___ לא	___ בדרגה יציבה - מומלץ לזמן לבדיקה בתום

שמות וחתימות חברי הוועדה לעררים		
שם חבר הוועדה	המקצוע	חתימה
פרופ' זונבליק משה יוסף	דרגת נכות אי כושר	
מר ישראלי יוסף	מומחה תעסוקה	
מר חוצה אפרים	מומחה שיקום	

שם מזכיר הוועדה נטע כהן חתימת מזכיר הוועדה 23.02.2021 תאריך