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: עבור ארי גרינברג, ת.ד. 24051, הר הצופים, ירושלים 9124001.

יש למלא את הטופס בכתב יד קריא וברור

א. פרטים אישיים של הפונה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות		מצב משפחתי ר / נ / ג / א		שנת לידה	שנת עלייה
		ס.ב			☐ זכר ☐ נקבה		

כתובת

רחוב	מספר	שם ישוב	מיקוד	מס' טלפון	טלפון נייד

מס' תעודת עיוור (אם יש) | | | | | | |

נבדק על ידי ביטוח לאומי / בדיקת עיניים ☐ כן ☐ לא

עובד ☐ כן ☐ לא

חוסה במוסד ☐ כן ☐ לא

רשיון נהיגה בתוקף ☐ כן ☐ לא

מוכר/ת כנפגע עבודה/ נפגע פעולות איבה ☐ כן ☐ לא

מוכר/ת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל ☐ כן ☐ לא

מהות הבקשה: תעודת עיוור ☐ דמי ליווי ☐ ביטול תעודת עיוור ☐

הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית:

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, ומתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/ה לעונשים ולביטול התעודה. הנני מוכן/ה מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שהדין 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 פרטי האישיים לגופים המפעילים שירותי הדרכה שיקומית מטעם המשרד, ולהם 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:** _____

ב. 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 מטראומה

לשימוש משרדי בלבד

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

הערות:
_____
_____

תאריך _____
שם _____
חתימה וחותמת _____

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

אזהרה: טופס זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – מוסרו שלא כדין עובר עבירה