



מדינת ישראל
משרד הרווחה
אגף השיקום - השירות לעיוור
בקשה לתעודת עיוור / לקוי ראייה
(כולל דמי ליווי)

מיועד
לתמונה
הפונה

א. פרטים אישיים של הפונה (ימולא רק ע"י העובד/ת הסוציאלית/ת במחלקה לשירותים חברתיים)

שם משפחה	שם פרטי	ס.ב.	מספר זהות	שנת לידה	מצב משפחתי א / נ / ג / א	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
שנת עליה	רחוב	מס' הבית	שם הישוב	מיקוד	מספר טלפון/נייד	

מספר תעודת עיוור (אם יש)
רשיון נהיגה בתוקף ☐ כן ☐ לא ☐
מוכר/ת כנפגע עבודה/נפגע פעולת איבה ☐ כן ☐ לא ☐
עובד ☐ לא ☐
חוסה במוסד ☐ כן ☐ לא ☐

הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית אודות מצב הראייה

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו נכונים, ומתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/ה לעונשים ולביטול התעודה. הנני מוכר/ה מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שהדין מעניק לעניין המידע הרפואי העניי שכולל בדיקת עיניים מקיפה ובדיקות תומכות לקביעת האבחנה ומרשה שהשירות לעיוור יבקש ויקבל פרטים ומסמכים אודות מצבי הרפואי מכל גורם, לצורך קביעת זכאותי לתעודה זו.

תאריך: שנה חודש יום
חתימת הפונה:

ב. לשכה שם הלשכה וחותרת: סמל לשכה:

שם העו"ס המטפל: תאריך:

ג. בדיקה רפואית (חלק זה ימולא ע"י רופא מומחה למחלות עיניים, בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור ותואר מומחה) תשכ"ד 1964)

עין שמאל	עין ימין	לשימוש משרדי בלבד				נא לציין V - גורם עיקרי לעיוורון V - ממצא אחר T - עיוורון מטראומה	עין שמאל	עין ימין		
		שמאל	ימין	שמאל	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				
OTHER DIAGNOSIS						10 Keratoconus				
		30				11 Other: פירוט:				
		31 CVI								

תאריך בדיקה: שנה חודש יום
מס' טל':
חתימה וחותרת הרופא:

תאריך
שם
חתימה
חותמת

הערות:

הטופס ימולא במקור + 3 עותקים:
1. הפקוח המחוזי ישמור המקור (לבו)
2. המחלקה לשי"ח תשמור העתק מס' 1 (תכלת)
3. רופא האימון ישמור על העתק מס' 2 (ורוד)
4. מרב"ד ישמור על העתק מס' 3 (ירוק)