



# טופס פניה לביטוח לאומי

מס הכנסה  נכות כללית  שירותים מיוחדים

## אל: הרופא המטפל

אנו מבקשים למלא טופס רפואי לחולה שבטיפולך בכדי להקל עליו למצות את זכויותיו בביטוח הלאומי. מטרת הטופס היא להקל על תהליך קביעת הנכות הרפואית במוסד לביטוח לאומי. מילוי נכון ומלא של הטופס, יוכל לפשט את קבלת ההחלטה של המוסד לביטוח לאומי לגבי ביטוח נכות ולגבי הערכת נכות לצורך פטור ממס הכנסה. לגבי ההחלטה בדבר שירותים מיוחדים יש למלא גם את טופס "הערכת מצב חולה".

מכון אונקולוגי: \_\_\_\_\_ תאריך מילוי הטופס: \_\_\_\_\_ טלפון המכון: \_\_\_\_\_

שם החולה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ טלפון הנבדק: \_\_\_\_\_

ת. לידה: \_\_\_\_\_

האבחנה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך האבחנה: \_\_\_\_\_

בטיפול במכון אונקולוגי (בית החולים) \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_

אבחנות נוספות: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_

סיכום קצר של מהלך המחלה (כולל פרוט ניתוחים) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

טיפול רפואי קודם ותקופת הטיפול (תאריכים): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

סוג הטיפולים:  כימותרפיה  רדיותרפיה  טיפול הורמונלי  אחר, \_\_\_\_\_

פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי: \_\_\_\_\_

פרטי הטיפול \_\_\_\_\_ תדירות הטיפול \_\_\_\_\_ משך זמן משוער של כל הטיפול \_\_\_\_\_

פרטי הטיפול \_\_\_\_\_ תדירות הטיפול \_\_\_\_\_ משך זמן משוער של כל הטיפול \_\_\_\_\_

פרטי הטיפול \_\_\_\_\_ תדירות הטיפול \_\_\_\_\_ משך זמן משוער של כל הטיפול \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

Multiple horizontal lines for handwritten notes.

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

**מי שמבקש להבדק רק לצורך פטור ממס הכנסה ללא בדיקת נכות כללית או שירותים מיוחדים ישלח הטופס הנ"ל רק לאחר תשלום האגרה.**

