



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 ר / נ / ג / א		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
שנת עליה		רחוב		מס' הבית		שם הישוב		מיקוד		מספר טלפון/נייד			

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מוכר/ת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מוכר/ת על ידי ביטוח לאומי/בדיקת עיניים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן עובד		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן חוסה במוסד		מספר תעודת עיוור (אם יש)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מוכר/ת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מוכר/ת על ידי ביטוח לאומי/בדיקת עיניים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן עובד		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן חוסה במוסד		רשיון נהיגה בתוקף
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מוכר/ת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן מוכר/ת על ידי ביטוח לאומי/בדיקת עיניים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן עובד		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן חוסה במוסד		מוכר/ת כנפגע עבודה/נפגע פעולת איבה

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 מוכן/ה מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שהדין מעניק לעניין המידע הרפואי העיני 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:

יום	חודש	שנה

ב. לשכה שם הלשכה וחותמת: _____

תאריך:

ג. בדיקה רפואית (חלק זה ימואל ע"י רופא מומחה למחלות עיניים, בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור ותואר מומחה) תשכ"ד (1964) וכן לעיני (V) - נרשם עסקי לעיוני

		לשימוש משרדי בלבד				V - ממצא אחר T - עיוורון מטרמומה		עין ימין	עין שמאל
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							

הערות:

תאריך בדיקה:

שנה	חודש	יום

 מס' טלי: _____

חתימה וחותמת הרופא:

_____ תאריך
 _____ שם
 _____ חתימה
 _____ חותמת

הטופס ימולא במקור + 3 עותקים :

1. הפקוח המחזוי ישמור המקור (לבן)
2. המחלקה לש"ח תשמור העתק מס' 1 (תכלת)
3. רופא האימוץ ישמור על העתק מס' 2 (ורוד)
4. מרב"ד ישמור על העתק מס' 3 (ירוק)

אזהרה: טופס זה "מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה"