



מדינת ישראל  
משרד הרווחה

างף השיקום - השירות לעזר

## בקשה לתעודת עיור / ל쿄 ראייה

(כולל דמי ליווי)

מיועד  
لتמונות  
הפונה

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

שם משפחה	שם פרטי	שם המשפחה
שם עליה	רחוב	שם היישוב
מספר טלפוני/יד	מספר זהות	שנת לידה
ס.ב.	ר/נ/ג/א	מצב משפחתי
נקבה	זכר	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

- מוכר/ת על ידי משרד הביטחון בכנה צה"ל  כן  לא  
 נבדק על ידי ביטוח לאומי/בדיקות עיניים  כן  לא  
 עובד  כן  לא  
 חוסה במוסד  כן  לא

מספר תעודת עיור (אם יש)

רשיון נהיגה בתוקף

מוכר/ת כנגע עבודה/נפגע פעולת איבה

### הצהרת הפונה / ויתור על סודות רפואיים מצד ראייה

הנני מצהיר/ה שכלי הפרטים שנמסרו לנו כנכios, ומתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כזובים, אני א愧ה/ה לעונשים ולבטול התעודה. הנני מוכן/ה מרוצני החופשי לוטור על זכות הסודות שהדין מעניק לעניין המידע הרפואי העיוני שכלל בבדיקה עיניים מקיפה ובדיקות תומכות לקביעת האבחנה ומרשה שהשירות לעיור יבקש ויקבל פרטיים ומסמכים אודות רפואיים מכל גורם, לצורך קביעת זכאותי לתעודה זו.

תאריך :  ים  חודש  שנה

**ב. לשכה** שם הלשכה וחותמתה : \_\_\_\_\_

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 שכאל unin ימנו	עין ימנו	לשימוש משרד בלבד						חמות ראייה	עין שכאל unin ימנו
<b>GLAUCOMA</b>								א. אין תחושה לאור	
12 Primary Glaucoma								ב. תנענית יד	
13 Congenital								ג. עד 1/60	
14 Secondary								ד. עד 3/60	
<b>CATARACT</b>								ה. מעל 3/60 פגוט:	
15 Senile								א. עד 10 מעלות	
16 Congenital								ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות	
17 Complicated								ג. מעל 20 מעלות	
18 Operated									
<b>RETINA &amp; VITREOUS</b>									
19 Retinopathy of prematurity								<b>EYEBALL</b>	
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.								<b>UVEAL TRACT</b>	
27 Other								7 Uveitis	
<b>OPTIC NERVE &amp; PATHWAYS</b>								8 Other: <span style="float: right;">פירוט:</span>	
28 Optic atrophy									
29 Other neuropathy								<b>CORNEA &amp; SCLERA</b>	
<b>OTHER DIAGNOSIS</b>								9 Central Opacity	
30								10 Keratoconus	
31 CVI								11 Other: <span style="float: right;">פירוט:</span>	

מספר טלי :

ים  חודש  שנה

חתימתה וחותמתה הרופא :

תאריך

שם

חתימתה

חותמתה

1. הפקוח המחויז ישמר המקור (לבן)
2. המלפקה לש"י תעביר את מס' 1 (תכלת)
3. רופא או איזו ישרו על העתק מס' 2 (ירוד)
4. מרבי"ד ישמר על העתק מס' 3 (ירוק)

**ازהרה:** טופס זה מכיל מידע מסווג לפי חוק הגנת הפרטיות - המוטטו שלא כדין עבר ערבית