



המוסד לביטוח לאומי
משרד ראשי
אגף נפגעי פעולות איבה

רחוב הצבי - פינת ירמיהו
טלפון: 02-6463223
פקס: 02-5382417
המען למכתבים: שד' וייצמן 13
ירושלים 91909

15 באוגוסט 2006

אל: מנהלי סניפים
מנהלי תחומי גמלאות
ממונים/ רכזים נפ"א
פקידי תביעות נפ"א
רופאי המוסד

הנדון: טופס עזר רפואי להכרה בנפ"א
חוזר נפ"א מס' 1319 חוזר כללי מס' 177/06 - שהועבר אליכם אתמול

רצ"ב טופס עזר להכרה בנפ"א מתוקן לאור הערותיו של דר' דני ברש מהלשכה הרפואית.

טופס העזר שהוכן, יהיה בשימוש במערכת רפאל בעתיד.

כפי שציינת, יש למלא הטופס בכל תיק. אני ממליצה לצלם את הטופס בדף צבעוני כדי שיבלוט בתיק.

האגף יבקש ממח' ההדפסות להדפיס את הטופס בדף צבעוני בכמות מספקת.

בברכה,

אסנת כהן
מנהלת אגף א'
נפגעי פעולות איבה

העתק: גבי אילנה שרייבמן - סמנכ"ל גמלאות
עו"ד אילן כץ - היועץ המשפטי
עו"ד עירית אלטשולר - ס. ליועץ המשפטי
עו"ד יעל מאור - הרשות המאשרת משרד הביטחון
דר' חיה קטן - היועצת הרפואית - אנא הפיצי לרופאי המוסד
דר' משה ברוך - רופא המוסד
דר' צביה בר-און - רופאת המוסד
גבי ברוריה סלפון - מנהלת אגף השיקום
גבי לימור לוריא - עוזרת סמנכ"ל גמלאות



המוסד לביטוח לאומי
נפגעי פעולות איבה
סניף.....

תאריך :

טופס עזר רפואי להכרה בנפ"א

למילוי על ידי פקיד תביעות איבה

שם משפחה שם פרטי ת"ז
ת.ל גיל בעת האירוע: ת. הגשת התביעה:
תאריך אירוע: סוג אירוע:
מקום האירוע: שעת פגיעה:
האם התובע היה בתחום האירוע? כן () לא ()
מועד טיפול ראשוני: יום: שעה:
מתקן/ים רפואי/ים בו טופל הנפגע: מחלקה:
אשפוז: כן לא בי"ח: ת. שחרור מהמתקן:

למילוי על ידי הרופא בלבד:

אבחנות מהאירוע: (ע"פ מסמכים רפואיים)

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)

האיברים שנפגעו:

טיפולים שניתנו:

מצב קודם (עבר רפואי) :

המלצות צוות הרפואי בעת השחרור:

.....
.....

האם מדובר בפגיעה נפשית בלבד? כן () לא ()

בתביעה לנזק נפשי בלבד המלצת רופא הסניף:

.....

בתביעות מלבד תביעות נפשיות – האם נגרם נזק מן האירוע? כן () לא ()

לסיכום:

• נזק: כן () לא () ? (אין מספיק נתונים)

• קשר סיבתי: כן () לא () ? (אין מספיק נתונים)

האם ניתן להעביר את התביעה לרשות? כן () לא ()

כדי לקבוע נזק ו/או קשר סיבתי נחוץ לבקש:

(1) כרטיס רפואי. (2) סיכומי מחלה.

(3) מידע מצה"ל / משה"ב. (4) בד' נירופסיכולוגית.

(5) בדיקות רפואיות. (לפרט) (6) בד' שמיעה - אודיוגרם Evoked OAE

(7) חוות דעת מומחה. (8) אחר (לפרט)

..... הערות:

.....

שם הרופא: חתימה: