**את הטופס יש לשלוח לדוא"ל:** [**t.aleh@bezeqint.net**](mailto:t.aleh@bezeqint.net)

מיועד לתמונת הפונה

**או לכתובת:** **עבור ארי גרינברג, ת.ד. 24051, הר הצופים, ירושלים 9124001.**

**יש למלא את הטופס בכתב יד קריא וברור**

**א. פרטים אישיים של הפונה**

איש הולך עם מקל

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות  ס.ב | זכר  נקבה | מצב משפחתי  ר / נ / ג / א | שנת לידה | שנת עלייה |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| כתובת | | | | | |
| רחוב | מספר | שם ישוב | מיקוד | מס' טלפון | טלפון נייד | |

לא

כן

נבדק על ידי ביטוח לאומי / בדיקת עיניים

מס' תעודת עיוור (אם יש)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | עובד  כן  לא |

לא

כן

כן

לא

כן

לא

חוסה במוסד

מוכר/ת כנפגע עבודה/ נפגע פעולות איבה

לא

כן

רשיון נהיגה בתוקף

מוכר/ת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל

מהות הבקשה: תעודת עיוור דמי ליווי ביטול תעודת עיוור

**הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית:**

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, ומתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי בפרטים שמסרתי 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 אודותיי ומסכים/ה ומרשה בזה לשירות לעיוור לבקש ולקבל פרטים ומסמכים אודות מצבי הרפואי מכל גורם, לצורך קביעת זכאותי לתעודה זו. כמו כן, אני מאשר לשירות לעיוור להעביר את הפרטים למוסד לביטוח לאומי לצורך קביעת זכאות לקצבת נכות כללית, קצבת שירותים מיוחדים וקצבת ילד נכה.

כמו כן, אני מאשר/ת לשירות לעיוור להעביר את פרטיי האישיים לגופים המפעילים שירותי הדרכה שיקומית מטעם המשרד, ולהם בלבד, על מנת שהם יציגו בפניי מידע אודות שירותי ההדרכה השיקומית והאפשרויות העומדות בפניי לצורך קבלת השירות. אני מוותר/ת מראש על כל טענה בדבר פגיעה בפרטיות השמורה לי על פי כל דין בעניין זה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו אל המשרד או אל הגופים המפעילים, בקשר למסירת המידע כאמור.

**תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת הפונה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

חתימת הפונה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ב. בדיקה רפואית** {חלק זה ימולא ע"י רופא מומחה למחלות עיניים , בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור תואר מומחה) תשכ"ד 1964}

נא לציין: V גורם עיקרי לעיוורוןV ממצא אחר T עיוורון מטראומה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | לשימוש משרדי בלבד |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ימין | שמאל |  | ימין | שמאל | ימין | שמאל |  | ימין | שמאל |
|  |  | חדות ראייה |  |  |  |  | GLAUCOMA |  |  |
|  |  | א. אין תחושה לאור |  |  |  |  | 12 Primary Glaucoma |  |  |
|  |  | ב. תנועת יד |  |  |  |  | 13 Congenital |  |  |
|  |  | ג. עד 1/60 |  |  |  |  | 14 Secondary |  |  |
|  |  | ד. עד 3/60 |  |  |  |  | CATARACT |  |  |
|  |  | ה. מעל 3/60 פרוט: |  |  |  |  | 15 Senile |  |  |
|  |  | **שדה ראיה** צרף תרשים |  |  |  |  | 16 Congenital |  |  |
|  |  | א. עד 10 מעלות |  |  |  |  | 17 Complicated |  |  |
|  |  | ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות |  |  |  |  | 18 Operated |  |  |
|  |  | ג. מעל 20 מעלות |  |  |  |  | RETINA & VITREOUS |  |  |
|  |  | **EYEBALL** |  |  |  |  | 19 Retinopathy of prematurity |  |  |
|  |  | 1 Phthisis |  |  |  |  | 20 Retinitis pigmentosa |  |  |
|  |  | 2 Anophthalmos |  |  |  |  | 21 Retinal detachment |  |  |
|  |  | 3 Microphthalmos |  |  |  |  | 22 Myopic Maculopathy |  |  |
|  |  | 4 Albinism |  |  |  |  | 23 Diabetic Mac. & Retinop. |  |  |
|  |  | 5 Nystagmus |  |  |  |  | 24 A.M.D. |  |  |
|  |  | 6 Amblyopia |  |  |  |  | 25 Vitreous Hemorrhage |  |  |
|  |  | UVEAL TRACT |  |  |  |  | 26 C.V.O. \ C.A.O |  |  |
|  |  | 7 Uveitis |  |  |  |  | 27 Other |  |  |
|  |  | 8 Other: פירוט: |  |  |  |  | **OPTIC NERVE & PATHWAYS** |  |  |
|  |  | CORNEA & SCLERA |  |  |  |  | 28 Optic atrophy |  |  |
|  |  | 9 Central Opacity |  |  |  |  | 29 Other neuropathy |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **30 C.V.I** |  |  |
|  |  | 10 Keratoconus |  |  |  |  | OTHER DIAGNOSIS |  |  |
|  |  | 11 Other: פירוט: |  |  |  |  | 31 |  | תאריך בדיקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מס' טל': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  חתימה וחותמת הרופא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חותמת

**אזהרה**: טופס זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – מוסרו שלא כדין עובר עבירה

הערות:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8/2005**

83