

את הבקשה לבדיקה רפואית, יש להפנות ללשכת הבריאות המחוזית באזור מגוריך. אם תרכוש רכב חדש לפני קבלת האישור הלוואה עומדת – לא תשולם לך הלוואה עומדת בעבורו.

מדינת ישראל/לשכת הבריאות המחוזית

ב-

בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות

לידיעתך:

- ☞ **בבקשה לבדיקה חוזרת, הוועדה רשאית לקבוע אחוזי מוגבלות נמוכים מאלה שנקבעו לך בעבר וכן לשנות החלטה לעניין שימוש בכסא גלגלים.**
- ☞ אם אתה מעוניין לקבל סיוע לרכישת רכב ולקבל קצבה חודשית להוצאות ניידות מהמוסד לביטוח לאומי, אתה חייב להיבדק ע"י ועדה רפואית של לשכת הבריאות כדי שתקבע את שיעור מוגבלותך בניידות.
- ☞ אם חלה החמרה במצבך הרפואי לעניין ניידות, ויש לך מסמכים רפואיים המעידים על החמרה, אתה רשאי להגיש בקשה לבדיקה רפואית חוזרת. את הבקשה בצירוף מסמכים רפואיים יש להגיש ל:
 1. לשכת הבריאות המחוזית - אם חלפו 12 חודשים לפחות מיום הקביעה האחרונה של הוועדה הרפואית או הוועדה הרפואית לעררים.
 2. למוסד לביטוח לאומי- אם טרם חלפו 12 חודשים מיום הקביעה האחרונה של הוועדה הרפואית או הוועדה הרפואית לעררים. גורם רפואי יבדוק את המסמכים ואם ימצא שיש החמרה במצבך הרפואי, פקיד התביעות יעביר את בקשתך ללשכת הבריאות.

מי רשאי להיבדק?

- ☞ אם מלאו לך שלוש שנים ולא יותר משישים ושבע שנים.
- ☞ אם גילך מעל 67, אך קיבלת הטבות לפני הגיעך לגיל זה, אתה רשאי להיבדק שוב לאחר שתקבל אישור לבדיקה חוזרת מהמוסד לביטוח לאומי.
- ☞ אם אתם שני אחים או יותר, עם קשיים בניידות, המתגוררים באותה דירה, אתם רשאים להגיש בקשה לבדיקה רפואית אף אם גילכם (או גילו של אחד מכם), פחות מ-3 שנים.

הנחיות למגיש הבקשה לבדיקה רפואית:

- ☞ עליך למלא את הפרטים בעמוד 3 ולהעביר את הבקשה לרופאך האישי למילוי חלק ב'.
- ☞ על הרופא האישי למלא את הפרטים הנדרשים בעמוד 3 חלק ב', ולציין את הסעיף וסוג הליקוי של הנבדק לפי רשימת הליקויים המופיעה בעמודים 4 ו-5.
- ☞ **לתשומת ליבך -** בסעיף ה.1) "מכשיר הליכה" – הכוונה למכשיר חיצוני המוצמד לגפה התחתונה כדי לייצב אותה, ובלי המכשיר אי אפשר לדרוך או ללכת.
- ☞ **עליך למסור או לשלוח את טופס הבקשה, בצירוף צילום מסמכים רפואיים, ישירות ללשכת הבריאות המחוזית באזור מגוריך.** (נא ראה טבלה של לשכות הבריאות מעבר לדף)
- ☞ אם כדי להתייצב בפני הוועדה הרפואית, אתה נדרש לנסוע ואינך יכול להשתמש בתחבורה הציבורית בשל מצב בריאותך ומקום מגוריך, ייתכן שתהיה זכאי להחזר הוצאות נסיעה, ובלבד שלא משולמת לך קצבת ניידות. לשם בדיקת זכאותך להחזר הוצאות נסיעה, עליך להמציא למוסד לביטוח לאומי שבאזור מגוריך את המסמכים האלה:
 1. אישור מהרופא המחוזי לפיו היה עליך לנסוע בתחבורה שאיננה תחבורה ציבורית. 2. קבלות מקוריות על נסיעה זו.
- ☞ לאחר הבדיקה הרפואית ישלח אליך העתק מפרוטוקול הוועדה הרפואית.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

חובה לצרף לטופס זה:

צילום מסמכים רפואיים מעודכנים **בשני העתקים**.

אם אתה רתוק למיטה ומעוניין שהוועדה תסכם את ענייך על סמך ממצאים רפואיים מעודכנים וללא נוכחותך, עליך לצרף בקשה כתובה לטופס זה. הסמכות להחליט אם להיענות לבקשתך (ועדה ללא נוכחות), היא של הוועדה הרפואית בלבד ואין למוסד לביטוח לאומי כל סמכות להתערב בכך.

אם הרופא האישי סבור, כי הליקוי מתאים לסעיף ח' שברשימת הליקויים המופיעה בעמודים 4 ו-5, עליך לצרף לטופס הבקשה תוצאות מעודכנות של בדיקת דופלר לעורקי הרגליים. אם אין בידיך תוצאות מעודכנות של בדיקת דופלר, תקבל הפניה מלשכת הבריאות לבצע בדיקה זו במכון מורשה. הבדיקה אינה כרוכה בתשלום.

אם אתה משתמש בכסא גלגלים, יש להמציא אישור על רכישה או על השכרה של כסא הגלגלים וכן מסמך מרופא או מפזיטרפיסט, הקובע שאתה זקוק לכסא גלגלים ומשתמש בו.

אם אתה בעל רישיון נהיגה **בר תוקף** עליך לצרף לבקשה זו צילום מרישיון הנהיגה.

חובה עליך להביא עמך לבדיקה הרפואית תעודת זהות.

לשכות הבריאות המחוזיות

מחוז	כתובת	מיקוד	טלפון	פקס
אשקלון	מרכז רפואי ברזילי	78306	08-6745343	08-6745727
דרום	רח' התקווה 4, קריית הממשלה, ת"ד 10050 באר שבע	84893	08-6263550	08-6263496
חיפה	שד' פלי"ם 15א', בניין קריית הממשלה, ת"ד 800 חיפה	31999	04-8632908	04-8633110
ירושלים	רח' יפו 86, ת"ד 6016 ירושלים	94341	02-5314891	02-5314892
הצפון	רח' המלאכה 3, ת"ד 744 נצרת עילית	17000	04-6557888	04-6561465
המרכז	רח' הרצל 91, קריית הממשלה, רמלה	72430	08-9788674	08-9788684
תל אביב	רח' הארבעה 12, תל אביב	61203	03-5684664	03-5634843

לשימוש לשכת הבריאות

א. בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות

הבקשה התקבלה בלשכה ביום _____

אל: משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית ב- _____

פרטים אישיים

א. פרטי המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____ @ _____		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	

מען למכתבים, אם שונה מהרשום מעלה

רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
מיקוד		יישוב		מיקוד		יישוב	

פרטים על בדיקה רפואית קודמת

נבדקתי בעבר לקביעת מוגבלות בניידות: לא כן, הבדיקה הנ"ל בוצעה בלשכת הבריאות המחוזית ב- _____ אושפזתי בתאריך: _____
 בבית חולים: _____ במחלקה: _____
 אני מטופל בסניף הביטוח הלאומי ב- _____

פרטים על רישיון הנהיגה:

בעל רישיון נהיגה בר תוקף לא כן, נא לצרף צילום של רישיון הנהיגה

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים

תאריך _____ חתימה ✕ _____

ב. חוות דעת הרופא האישי

הרופא מתבקש למלא חלק זה ולציין את הסעיף וסוג הליקוי של המבקש, לפי רשימת הליקויים. נא לדייק ברישומים ולהשתדל לכתוב בכתב ברור.

לתשומת לבך: בסעיף ה.1) "מכשיר הליכה" – הכוונה למכשיר חיצוני המוצמד **לגפה** התחתונה כדי לייצב אותה ובלי המכשיר אי אפשר לדרוך או ללכת.

אני, ד"ר _____ בדקתי את המבקש _____

ומצאתי כי הוא לוקה ב- _____

לדעתי, ליקוי זה הוא סעיף _____ המופיע ברשימת הליקויים בעמודים 4 ו-5.

תאריך _____ חותמת הרופא וחתימתו ✕ _____

ג. למילוי ע"י מזכיר/ת הוועדה הרפואית

מצורף צילום רישיון נהיגה לא כן,

זהות הנבדק אומתה בעת הופעתו לוועדה הרפואית לפי תעודת זהות או לפי _____

שם המאמת _____ חתימת המאמת ✕ _____

נא לצרף מסמכים רפואיים בשני העתקים

פרטים למוסד לביטוח לאומי

טופס זה מיועד רק למי שאינו מקבל הטבות בניידות ונבדק בפעם הראשונה, או למי שקיבל הטבות בעבר וקצבת הניידות הופסקה וכעת נבדק שוב

אם לפי הבדיקה הרפואית סוג מוגבלותך נכלל ברשימת הליקויים, אתה עשוי להיות זכאי להטבות בניידות מהמוסד לביטוח לאומי, ולכן תחשב בקשה זו כתביעה למוסד לביטוח לאומי, כדי שנוכל לבדוק את זכאותך.

אני מסכים אני לא מסכים

תאריך _____ חתימה * _____

אם אתה מסכים, אנא מלא את הפרטים הבאים

פרטים על שהות בפנימייה/מוסד/בית חולים/הוסטל

האם הגשת בקשה לשהות במוסד או האם אתה שוהה במוסד (כגון פנימייה, מעון, בית חולים או הוסטל)?

לא כן, שם המוסד או בית החולים _____
 כתובת _____ שוהה מתאריך _____

פרטים תעסוקתיים

לא עובד עובד

שם מקום העבודה _____ תאריך תחילת העבודה _____

פרטי רכב: האם יש בבעלותך/בבעלות בן/בת זוג/בבעלות ההורים (אם קטין) רכב והאם הנך משתמש בו?
 לא כן

פרטי חשבון בנק של התובע:

אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

שמות השותפים לחשבון _____

שם הבנק _____ שם הסניף/כתובתו _____ מס' סניף _____ מספר חשבון _____

לתובע שנתמנה לו אפוטרופוס, יש להמציא צו אפוטרופסות מקורי, או צילום שעליו חותמת עורך דין "נאמן למקור".

החשבון מתנהל על שם: התובע אחר, פרט _____

הצהרת התובע ו/או מגיש הבקשה

אני החתום מטה תובע גמלה לפי הסכם הניידות ומצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו הם נכונים ומלאים. אני מתחייב כי אודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי באחד הפרטים בתביעה זו, כולל שינויים בהכנסותיי מעבודה, ממשלח יד, מפנסיה או מגמלה אחרת מביטוח לאומי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים ו/או מסירת פרטים כוזבים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבונות, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.

תאריך _____ שם המוגבל בניידות/אפוטרופוס _____ חתימת המוגבל/אפוטרופוס _____

לתובע קטין נדרשות חתימות ההורים:

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה * _____

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה * _____

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך.

אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.

לא מאשר

תאריך _____ חתימה * _____

לידיעתך: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור.

מודים לך מראש על שיתוף הפעולה, המוסד לביטוח לאומי – תחום ניידות

רשימת ליקויים
(ציין את הליקוי במלואו)

עמוד 5 מתוך 6

מוגבלות % בניידות	מוגבלות % בניידות
80%	א. שיתוקים
50%	הסעיפים המתייחסים לשיתוקים לרונטניים רק אם המאורע שגרם לשיתוק אירע ששה חודשים לפחות לפני הגשת הבקשה
	(1) שיתוק מלא למעשה של שתי השוקיים המלווה שיתוק בגפה תחתונה אחת לפחות של שניים מבין שלושת השרירים הבאים:
	100% M. Ileoasoas, M. quadriceps, M. glutaeous maximus
	(2) שיתוק מלא של גפה תחתונה אחת, מלווה שיתוק של קבוצות שרירים או בשוק או בירך בגפה השנייה. 80%
	(3) שיתוק מלא למעשה של אחת מהשוקיים מלווה שיתוק של שניים לפחות מבין שלושת השרירים המפורטים בסעיף 1 דלעיל. 80%
	(4) שיתוק מלא למעשה של שתי השוקיים. 80%
	(5) שיתוק מלא למעשה של שוק אחת, מלווה שיתוק של אחד השרירים המפורטים בסעיף 1 דלעיל. 50%
	(6) שיתוק חלקי של שרירי גפה תחתונה אחת הגורם להגבלה ניכרת בהפעלת מפרק הירך או הברך (לא מדובר בטווח התנועתיות הפסיבית של המפרק). 50%
	(7) (א) שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי גפה תחתונה אחת - עם הפרעה בינונית בהליכה. 40%
	(ב) 1. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי שתי הגפיים התחתונות - עם הפרעה בינונית בהליכה, או - 2. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי גפה תחתונה אחת - שעה שהליכה אפשרית בעזרת מכשיר הליכה ארוך בלבד. 60%
	(ג) 1. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי שתי הגפיים התחתונות, עם מכשיר ארוך אחד הנלבש על הגפה, או - 2. שיתוק ספסטי בדרגה קשה בשרירי גפה תחתונה אחת, שעה שהליכה אפשרית רק בעזרת תמיכה או עזרה של אדם נוסף. 80%
	(ד) חוסר מלא של כושר תנועה בשתי הגפיים התחתונות כתוצאה מליקויים במערכת העצבים המרכזית, בליווי של אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות. 100%
	ב. קטיעות
	(1) קטיעה מעל לברך בגפה אחת. 80%
	(2) קטיעה מעל לברך בשתי הגפיים. 100%
	(3) קטיעה מעל לברך בקרבת פרק הירך עם חוסר אפשרות להתקנת פרוטזה, או קטיעת הגפה דרך מפרק הירך. 100%
	(4) קטיעה בשוק. 40%
	(5) קטיעה בשתי השוקיים גם יחד. 80%
	(6) קטיעת השוק בקרבת הברך וחוסר אפשרות להתקנת פרוטזה להפעלת מפרק הברך. 80%
	(7) קטיעת כף הרגל לפי שיטת Pirogoff. 40%
	(8) קטיעת שתי כפות הרגליים לפי שיטת Pirogoff. 80%
	(9) קטיעה בשתי כפות הרגליים דרך עצמות ה-Tarsus. 40%
	ג. קישיונות
	(1) קישיון מוחלט של מפרק הירך. 80%
	(2) קישיון דו-צדדי של מפרקי הירכיים. 100%
	(3) קישיון הברך במצב של 170° - 180°. 50%
	(4) קישיון דו-צדדי של מפרקי הברכיים. 80%
	(5) קישיון מפרק הברך במצב של כיפוף גדול יותר או סטייה לצדדים. 70%
	(6) קישיון שני מפרקי הברכיים במצב של כיפוף גדול או סטייה לצדדים. 100%
	(7) קישיון פרקי הקרסול של שתי הגפיים. 40%
	ד. נקיעות
	(1) נקע מלידה במפרק הירך. 50%
נקע מלידה דו-צדדי במפרקי הירכיים. 80%	
נקע הברך מלווה קרע של שתי רצועות לפחות. 50%	
ה. מפרקים מדומים	
מפרק מדומה בעצם הירך מתחת לאזור צוואר הירך המאפשר הליכה בעזרת מכשיר הליכה בלבד. 80%	
מפרק מדומה באזור צוואר הירך. 50%	
מפרק מדומה בעצם הירך. 50%	
מפרק מדומה בעצם השוק. 40%	
ו. הגבלת כושר תנועת המפרקים בגפיים התחתונות או החלפתם	
כאשר מתקיימת בבנדיק יותר מפסקת משנה אחת מבין אלה המנויות בפסקאות א' או ב' שלהלן, ייקבע האחוז הגבוה מבין האחוזים הקבועים בצד פסקאות המשנה המתקיימות בבנדיק.	
א. הגבלות בכושר תנועת המפרקים	
1	הגבלה בכושר תנועת מפרק הירך מלווה כוויצה כיפופית (הגבלה באכסטנדיה) העולה על 30° והתנועתיות במפרק הירך (אבדוקציה או אדוקציה או רוטציה) הינה פחות מ-20°.
2	סעיף 1 דלעיל דו-צדדי. 80%
3	הגבלה בכושר תנועת הברך מלווה כיפוף פחות מ-135° ויישור פחות מ-160°.
4	סעיף 3 דלעיל דו-צדדי. 80%
5	דריכה על הצד החיצוני של כפות הרגליים Pes Varus maximus bilateralis
6	Pes equino-Varus bilateralis
7	דריכה על הצד הפנימי של כפות הרגליים Pes Valgus maximus bilateralis
ב. החלפת מפרקים בירך או בברך	
1	מצב אחרי החלפת מפרק אחד, כאשר קיימים סימנים קליניים, רנטגניים או הדמייתיים אחרים להתרופפות המפרק. 60%
2	מצב אחרי החלפה חוזרת של מפרק אחד. 50%
3	מצב אחרי החלפת שני מפרקים. 70%
4	מצב אחרי החלפת שלושה מפרקים. 80%
5	מצב אחרי החלפת ארבעה מפרקים. 100%
ז. קיצור גפה	
קיצור בגפה התחתונה ב-15 ס"מ או יותר לעומת הגפה השנייה שאינה תוצאה של אחת הנכויות הנ"ל. 40%	
ח. תהליך אי-ספיקה היקפית בעורקי הגפיים התחתונות	
א. (1) מלווה בכל הממצאים הבאים במצטבר:	
(א)	צליעה סירוגית בפחות מ-50 מטרים במישור, בקצב הליכה בינוני;
(ב)	העדר דפקים בעורקי Tibialis Posterior ו-Dorsalis Pedis;
(ג)	אינדקס לחץ דופלר קרסול - זרוע פחות מ-0.6.
(2)	כאשר קיים חשד ל-Non-Compressible Vessels, נוכחות של אחד או יותר מהממצאים הבאים:
(א)	עקומת Pulse Volume Recorder בקרסול בגובה פחות מ-10 מ"מ;
(ב)	Pulsatility Index פחות מ-8 בכף הרגל;
(ג)	גל דופלר בי-פזי בכף הרגל;
(ד)	Toe Pressure - אינדקס לחץ בוחן - זרוע פחות מ-0.5
(3)	כאשר קיים חשד שהפרעה אינה באה לידי ביטוי במנוחה ביצוע מבחן Reactive Hyperemia על ידי חסימה קריבנית לשלוש דקות בלחץ על-סיסטולי או מבחן Tip Toeing, ובעקבותיהם רישום של אחד הממצאים הנ"ל לפחות. 40%

עמוד 6 מתוך 6

- ב. 1** כל הממצאים הבאים במצטבר:
 (א) צליעה סירוגית בפחות מ-50 מטרים במישור, בקצב הליכה בינוני;
 (ב) העדר דפקים בעורקי Dorsalis Pedis ו-Tibialis Posterior;
 (ג) אינדקס לחץ דופלר קרסול - זרוע פחות מ-0.4.
 (2) כאשר קיים חשד ל- Non-Compressible Vessels, נוכחות של אחד או יותר מהממצאים הבאים:
 (ד) עקומת Pulse Volume Recorder בקרסול בגובה פחות מ-5 מ"מ;
 (ה) Pulsatility Index פחות מ-5 בכף הרגל;
 (ו) גל דופלר מונופוזי בכף הרגל;
 (ז) Toe Pressure - אינדקס לחץ בוחן - זרוע פחות מ-0.3.
 (3) כאשר קיים חשד שהפרעה אינה באה לידי ביטוי במנוחה ביצוע מבחן Reactive Hyperemia, על ידי חסימה קריבנית לשלוש דקות בלחץ על-סיסטולי או מבחן Tip Toeing, ובעקבותיהם רישום של אחד הממצאים הנ"ל לפחות. 70%
- ג.** כל הממצאים המתאימים לנכות של 70% כמפורט לעיל בתוספת כיבים איסכמיים או נמק. 100%
 קבעה הוועדה כי על המוגבל בניידות להיבדק במעבדת כלי דם לעניין סעיף זה, תקבע את המעבדה או המעבדות שבהן ייבדק המוגבל בניידות.
- ט.** **הפרעות במערכת כלי הלימפה**
 (1) הפרעות במערכת כלי הלימפה בגף תחתון אחד הגורמות לאלפלנטיאזיס המגבילה במידה ניכרת את התנועתיות במפרק הברך או הירך. 40%
 (2) סעיף 1 דלעיל דו-צדדי. 80%
- י.** **מומים מלידה**
 מומים מלידה שממצאיהם הרפואיים מקבילים מבחינה אנטומית לאחד הליקויים המפורטים לעיל, ירשמו לעניין זה כליקוי עצמו.
- יא.** **קומה נמוכה**
 (1) מי שמלאו לו 18 שנים ואורך גפיו התחתונות אינו עולה על 61 ס"מ. 80%
 (2) מי שמלאו לו 18 שנים ואורך גפיו התחתונות אינו עולה על 72 ס"מ. 50%
 (3) לגבי מי שמלאו לו 6 שנים וטרם מלאו לו 18 שנים – אחוז המוגבלות בניידות יהיה האחוז הנקוב בטבלה הבאה:

אורך גפה תחתונה בס"מ ואחוז הליקוי המתאים		גיל
רמה ב' - 50%	רמה א' - 80%	
48	40	6
49	41	6.5
50	42	7
51	43	7.5
52	44	8
53	45	8.5
54	46	9
55	47	9.5
56	48	10
57	49	10.5
58	50	11
60	51	11.5
61	52	12
62	53	12.5
64	54	13
65	55	13.5
66	56	14
68	57	14.5
69	58	15
70	59	15.5
71	60	16
71	60	16.5
72	61	17
72	61	17.5
72	61	18

לעניין זה, אורך הגפה יימדד מהבליטה הקדמית העליונה של עצם הכסל ועד לפטישון הפנימי של אותה הרגל.
 [Ant. Superior Iliac Spine to Med. Malleolous]