בקשה להפניה לרופא מוסמך לצורך בדיקה לקביעת אחוזי נכות נפשית

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס 2000

הפנייה מנוסחת בלשון זכר אך מיועדת לכלל המגדרים

שם מלא:__________________________ **תעודת זהות:**__________________________

תאריך לידה:_______________________ **מס' טלפון נייד:**________________________

כתובת מגורים:____

כתובת מייל:____

האם פנית לביטוח הלאומי בבקשה לקבלת קצבת נכות? (יש לסמן אפשרות אחת)

- **כן** נא לפרט:

  א. תאריך הפניה: _________________________

  ב. נא לצרף העתק התשובה.

- **לא** נא לסמן את הסיבה מדוע לא פנית לביטוח לאומי:

  ☐ איני מעוניין להיות מוכר בביטוח הלאומי עקב מחלה פסיכיאטרית.

  ☐ אני מבקש לקבל שירותי שיקום, אך איני מעוניין לקבל קצבה.

האם הנך מוכר כזכאי מטעם משרד הביטחון? (סמן בעיגול) 1. כן 2. לא

אני מצהיר בזאת כי:

- אינני מוכר בנכות בביטוח הלאומי. (נפשית או אחרת)
- לא הוגשה עבורי בעבר בקשה להכרה בנכות בביטוח לאומי שנדחתה.
- אין בכוונתי לפנות לביטוח הלאומי לבקשת הכרה בנכות במהלך השנה העוקבת.

ידוע לי כי:

- הבדיקה על ידי הרופא המוסמך מטעם משרד הבריאות תקפה רק לצורך הגשת בקשה לסל שיקום ואינה יכולה לשמש בכל הקשר אחר.
- האישור אינו מזכה בקצבאות מטעם המוסד לביטוח לאומי ואינו מחייב את הביטוח הלאומי בשום עניין.

יש לצרף לבקשה:

- צילום תעודת זהות (חובה)
- דו״ח פסיכיאטרי מעודכן מרופא מטפל המפרט את תולדות המחלה ואת הצורך בקבלת שירותי סל שיקום (חובה)
- טופס וויתור סודיות (חובה)
- דו״ח פסיכוסוציאלי (רשות)

**** הבדיקה אינה כרוכה בתשלום על ידי הפונה ****

מערך השיקום
משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
דוא"ל Call.Habriut@moh.health.gov.il
טל: 5400* **פקס** 02-5655969

קול הבריאות *5400

Rehabilitation Services
Ministry of Health
P.O.B 1176, Jerusalem 91010
Call.Habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 **Fax**: 02-5655969

טופס ויתור סודיות

אני הח״מ_______________________ בעל ת.ז. מס׳ _____________________
נותן בזאת הסכמתי **<u>לביטוח לאומי</u>** למסור **<u>למשרד הבריאות</u>** את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש, על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה היום, או כל מידע אחר.

אני משחרר את **המוסד לביטוח לאומי** משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או המגבלה או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

_____________________ _____________________
תאריך חתימה

עד לחתימה
שם משפחה _________________
שם פרטי ___________________
תפקיד _____________________
חתימה ______________________
תאריך _____________________

אפוטרופוס (אם יש)
שם משפחה _________________
שם פרטי ___________________
קירבה _____________________
כתובת ______________________
מס׳ טלפון _________________
חתימה ______________________
תאריך _____________________