המוסד לביטוח לאומי
הלשכה הרפואית

פרטים רפואיים – כאב ראש ראשוני.
לצורך הגשת תביעה לביטוח לאומי

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
	מס' זהות / דרכון
	סוג המסמך
	דפים

רופא נכבד, על מנת לסייע לחולים הסובלים מכאב ראש ראשוני למצות את הזכויות הרפואיות בביטוח הלאומי, אנא מלא את הטופס על כל סעיפיו. כמו כן, אנא צרף כל חומר רפואי רלוונטי נוסף.

1 פרטי החולה

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר ת.ז.

שם הרופא המטפל	טלפון קווי במרפאה	טלפון נייד

2 פרטי אבחון

אבחנה:

- ❑ Migraine מתאריך_____
- ❑ Cluster headache מתאריך_____
- ❑ Tension Headache מתאריך_____

חומרה: ❑ קלה ❑ בינונית ❑ קשה

תדירות התקפים?_____

טיפול תרופתי עדכני:
_____מתאריך:_____

טיפול רפואי קודם

הטיפול	מתאריך	עד תאריך	תוצאות הטיפול

אנמנזה וממצאי בדיקה:

_____

_____

_____

_____

חתימה וחותמת ✗_____ תאריך _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד