



חלק זה מיועד לרופא המטפל

הרופא המטפל

הנדון: גמלה לשמירת הריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבטוחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסוימים, לקבלת גמלה לשמירת הריון.

"שמירת הריון" מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת ההריון, המתחייבת בשל:

1. מצב רפואי הנובע מההריון והמסכן את האישה או את עוברה
 2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה
- הכל בהתאם לאישור רפואי בכתב.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתיימר לבקר החלטות מקצועיות של רופאי נשים. עם זאת יש להבהיר למטופלת כי החלטת הרופא לפסוק הפסקת עבודה אינה מזכה אוטומטית בגמלה לשמירת הריון.

הפסקת עבודה יכולה להינתן גם במסגרת ימי מחלה או הגבלה במקום העבודה. רופא מטעם המוסד לביטוח לאומי יבחן את הבקשה ויחליט אם קיימת התוויה לגמלה.

לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלה, רק מצבים שנובעים ישירות מההריון ומסכנים את האישה יידונו במסגרת זו.

אני מבקש להדגיש כי כל בקשה לגמלה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחייבת תיעוד רפואי לצורך גיבוי.

בכל בקשה נא להתייחס ולנמק מדוע המצב מסכן את האישה או עוברה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה. להלן פירוט תיעוד רפואי (מסמכים רפואיים), הנדרש לפי סיבת שמירת הריון:

1. הקאות יתר – תיעוד למתן נוזלים, ביקור במיון או במרפאה
2. דימום – תיעוד לביקור בחדר מיון או במרפאה לסיבוכי הריון או תיעוד של רופא על דימום.
3. כאבי גב, סימפזיולזיס או בעיות אורטופדיות – חוות דעת מקצועית של רופא אורטופד.
4. כאבי ראש – חוות דעת מקצועית של רופא נירולוג.
5. בעיה נפשית – חוות דעת של רופא פסיכיאטר.
6. בעיה לבבית – חוות דעת של רופא קרדיולוג.
7. סביבת עבודה מסכנת : חוות דעת של רופא תעסוקתי

התיעוד חייב להיות רלוונטי לתקופת שמירת ההריון. תיעוד חלקי יאפשר מתן גמלה לתקופת התיעוד בלבד.

בסיבות שאינן מילדותיות, אין הרופא היועץ רשאי להמליץ על גמלה – אלא לציין את המגבלות ורופא מומחה נשים הוא שימליץ על השמירה בכפוף לחוות הדעת.

בברכה

מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

עמוד 2 מתוך 3

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="11">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="11">סוג המסמך</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>5</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="11">דפים</td> </tr> </table>												מס' זהות / דרכון																						סוג המסמך											0	5										דפים											לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																																																			
סוג המסמך																																																																			
0	5																																																																		
דפים																																																																			

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



אישור רפואי לעניין המשך גמלה לשמירת הריון

אישור הרופא המטפל אינו קובע זכאות לגמלה לשמירת הריון, אלא אם רופא המוסד, חווה דעתו ואישר בכתב את הוראת הרופא המטפל

1 פרטי התובעת	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
	הגב' נמצאת בטיפול מיום:	שנה	חודש
		יום	

2 הריונות קודמים	היסטוריה מילדותית קצרה:

3 הריון נוכחי – יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי	
תאריך לידה משוער	תאריך מחזור אחרון
שנה	שנה
חודש	חודש
יום	יום
א. בעיות רפואיות כלליות:	

ב. הסיבות לשמירת ההריון:	

ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:	
תאריך	בדיקה
שנה	
חודש	
יום	
	1
	2
ד. נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשמירת הריון בתאריכים המפורטים להלן:	
1.	2.
3.	
ה. אושפזה בשל שמירת הריון בתקופות המפורטות להלן: - חובה לצרף מסמכי אשפוז	
1	מתאריך _____ עד תאריך _____
2	מתאריך _____ עד תאריך _____

בהתאם לעמדתתי המקצועית, הריני מאשר בזאת, כי בשל מצבה של הנבדקת :

הנובע מן ההריון והמסכן אותה ו/או את עובריה

הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת הריון מתאריך: _____ עד: _____

אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לענין תשלום גמלה לשמירת הריון

תאריך סיום הריון אם חל לפני תאריך לידה משוער: _____

אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 1 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה

שם הרופא למחלות נשים ולידה: _____ מס' רישיון: _____
 כתובת המרפאה: _____ טלפון: _____

פרטי הרופא המאשר לצורך התקשרות:

שם _____ כתובת _____
 טלפון _____

תאריך _____ חתימה וחותמת * _____

רופא נשים נכבד, לפני מילוי הטופס, אנא קרא בעיון מכתב נלווה לטופס זה

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד