

## גמלה לשמירת היריון בל/331

### חלק זה מיועד לרופא המטפל

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

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

1. מצב רפואי הנובע מההריון והמסכן את האישה או את עובריה

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 היריון.

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.

אין רופאים יועצים כגון רופא אורטופד, רופא תעסוקתי וכיו"ב רשאים להמליץ על שמירת היריון. עליהם לפרט את מגבלותיה של האישה והרופא המטפל יחליט על סך ההמלצה אם להערכתו מדובר במצב המסכן את האישה או את עובריה.

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 עובריה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה.

בברכה

דר' עמית אמנון

מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

## 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: \_\_\_\_\_
- הריונות קודמים \_\_\_\_\_

היסטוריה מילדותית קצרה \_\_\_\_\_

### 2. הריון נוכחי – יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי

- תאריך מחזור אחרון \_\_\_\_\_
- תאריך לידה משוער \_\_\_\_\_
- א. בעיות רפואיות כלליות \_\_\_\_\_
- ב. הסיבות לשמירת ההריון \_\_\_\_\_
- ג. בדיקות עזר שנערכו לנבדקת:
  - בדיקה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_
  - בדיקה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

### 3. אישור

בהתאם לעמדותי 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 לעניין 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