



המוסד לביטוח לאומי
הלשכה הרפואית

פרטים רפואיים לחולי אפילפסיה לצורך הגשת תביעה לביטוח לאומי

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="width: 100px;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div>		
סוג המסמך	דפים	מספר ת.ז.

רופא נכבד, על מנת לסייע לחולי אפילפסיה 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

1

<p style="text-align: right; font-size: small;">מספר ת.ז.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">תאריך לידה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">שם פרטי</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">שם משפחה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
<p style="text-align: center; font-size: small;">טלפון נייד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">טלפון קווי במרפאה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	<p style="text-align: center; font-size: small;">שם הרופא המטפל</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	

2 פרטי אבחון

2

תאריך האבחון ופירוט האבחנה: _____

טיפול תרופתי עדכני? _____

רמות עדכניות של תרופות בדם? _____

תדירות התקפים? _____

תאריך של התקף האחרון: _____

האם התקפים כוללים אובדן הכרה? _____

האם ההתקפים כוללים פגיעה גופנית? (נא לפרט) _____

כמה זמן נמשך מצב פוסטיאקטלי? _____

תוצאות ותאריך בדיקת ה- EEG אחרון: _____

פרטים קליניים נוספים (לפי שיקול דעתך): _____

חתימה וחותמת * _____ תאריך _____

זכויות החולים או החובה שלנו