

<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: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">סוג המסמך</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">דפים</p> </div> </div>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
--	----------------------------------



## פרטים רפואיים לחולי פרקינסון לצורך הגשת תביעה לביטוח לאומי

רופא נכבד, על מנת לסייע לחולה הפרקינסון למצות את הזכויות בביטוח הלאומי, אנא מלא את הטופס על כל סעיפיו. כמו כן, יש לצרף כל חומר רפואי רלוונטי נוסף.

### 1 פרטי המבוטח

<p style="text-align: right; font-size: small;">שם משפחה</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">שם פרטי</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">תאריך לידה</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">מספר ת.ז.</p>
<p style="text-align: right; font-size: small;">שם הרופא המטפל</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">טלפון קווי במרפאה</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">טלפון נייד</p>	

### 2 פרטי אבחון

תאריך האבחון ופירוט האבחנה \_\_\_\_\_

---

האם ישנן תנודות מוטוריות במשך היום? במידה וישנן, כמה זמן נמשך מצב OFF או מצב ON? \_\_\_\_\_

---

האם ישנן תנועות רצוניות (דיסקיזיות): \_\_\_\_\_

---

טיפול תרופתי עדכני: \_\_\_\_\_

---

האם קיימות נפילות? \_\_\_\_\_

---

תיאור המצב הקוגניטיבי (ירידה קוגניטיבית בלבול או דמנציה): \_\_\_\_\_

---

נא לפרט את יכולת התפקוד היומיומית של החולה (מידת העצמאות בביצוע פעולות יומיום) \_\_\_\_\_

---

חתימה וחותמת ✕ \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_