



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אישור רפואי לעניין גמלה
לשמירת הריון

חותמת קבלה
ختم الإستلام

לשימוש פנימי
בלבד (סריקה)
للإستعمال الداخلي
فقط (مسح)

עמוד 1 מתוך 4

מס' זהות / דרכון
رقم بطاقة الهوية/ جواز السفر

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

דפים סוג המסמך
صفحات نوع الوثيقة

--	--

00

ימולא רק ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה (תשומת ליבך לעמוד מס' 2)
يجب أن يعبئه فقط طبيب اختصاصي أمراض نسائية وولادة (نلفت انتباهك الى صفحة 2)

פרטי התובעת تفاصيل مقدمه الطلب

1

שם משפחה/ اسم العائلة
مؤسسه التامين الوطني
إدارة المخصصات

שם פרטי/ الإسم الشخصي

תאריך לידה/ تاريخ الميلاد

שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

יום/ شهر/ سنة

התזריע/ تلقيح
المختصات الحفظ الحامل

שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

יום/ شهر/ سنة

הריונות קודמים حمل سابق

2

היסטוריה מילדותית קצרה/ معلومات سابقة مختصرة عن الولادات:

הריון נוכחי/ الحمل الحالي

3

תאריך מחזור אחרון/ تاريخ الدورة الشهرية الأخيرة

שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

יום/ شهر/ سنة

תאריך לידה/ تاريخ الميلاد

שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה	שנה
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

יום/ شهر/ سنة

א- בעיות רפואיות כלליות/ مشاكل صحية عامة:

ב- הסיבות לשימירת ההריון (ניתן להוסיף מכתב לוואי) / أسباب حفظ الحمل (يمكن إرفاق رسالة ملحق):

ג- בדיקות עזר/ رلوانטיות שנערכו/ لندבקות فحوصات مساعدة متعلقة اجریت للمرأة الحامل:

תאריך/ تاريخ	בדיקה/ فحص
שנה/ شهر/ سنة	
שנה/ شهر/ سنة	

1

2

ד- נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשימירת הריון בתאריכים המפורטים להלן/ قمت بفحصها لتحديد الحاجة لحفظ الحمل في التواريخ المفصلة أدناه:

1. _____ 2. _____ 3. _____

ה- אושפזה בשל שמירת הריון בתקופות המפורטות להלן/ أوسفزه בשل שמירת הריון בתקופות المفصلة أدناه:

1 מתאריך/ من تاريخ _____ עד/ עד _____

2 מתאריך/ من تاريخ _____ עד/ עד _____

הצהרה **תסריח**

הריני מאשר בזאת כי בשל מצבה הרפואי של הנבדקת (סמן להלן ב- X את האפשרות המתאימה):
 אصرח באֵנֶה בסבב הוּצַע הַסְּחִי לַלְּמֵרָאֶה הַתִּי אֲבֵרִי לְהָא פְּחֻס (צַע אִשָּׂרָה X עַנְד אִמְכָאנִיֶה מֵלֵאמָה):
 הנובע מן ההריון והמסכן אותה ו/או את עובריה **הַדִּי בִּנְתֵי עַן הַחֵמֶל וְיַעֲרֻצְהָ ו/ או יַעֲרֻצְ גִּנְיֵנְהָ לְלִחְטָר**
 הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה **הַדִּי בִּנְתֵי מִן מְכָאן הַעֲמֵל או נֹוע הַעֲמֵל וּבִשְׂכֵל חֻטְרָא עֲלֵיָהּ או עֲלֵי הַגִּנְיֵן**
 עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת הריון **יִבְּבַע עֲלֵיָהּ הַתּוֹפֵק עַן הַעֲמֵל וְאֵן תִּכּוֹן בִּי פְּתָרָה חֻפְצַת הַחֵמֶל.**
 מתאריך מן תאריך: _____ עד תאריך חֲתִי תֵאָרִיחַ: _____
 אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת הריון **יִבְּדַם הַזֶּה הַתְּסָרִיחַ לְמוֹסְסֵה הַתְּאָמִינִן הַוּוּצְנִי מִן אֲבֵל דַּפְעֵ מַחְסָוֵט חֻפְצַת הַחֵמֶל**
 תאריך סיום הריון אם חל לפני תאריך לידה משוער **תֵאָרִיחַ אֵנְתֵהָ הַחֵמֶל אִדָּא צַאדַף קִבֵּל תֵאָרִיחַ הַוּוֹלָדָה הַמְּתוֹקַע:**

**אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 2, והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה
 ימנח הַזֶּה הַתְּסָרִיחַ בַּעַד אֵן קֵרָאֵת הַתְּעִלְמֵיֵת בִּי סַפְחָה 2, וְאֵצֻרַח בְּאֵנְהָ לֵיִסֵּת אִבְּזָרָה מְרֻצִיֶה אַעֲתִיבִיֶה**

שם הרופא למחלות נשים ולידה **אִסְמֵ הַפְּטִיבִּיבֵת הַמַּחְסָט בְּאֵמְרָאֻס הַנְּסָאנִיֶה:** _____

מס' רישיון רִשְׁיוֹן רִקְמֵ הַתְּרִיחְסִין: _____

כתובת המרפאה **עַנְוָאן הַעִיבָדָה:** _____ טלפון **הָאֵתַף:** _____

תאריך **תֵאָרִיחַ** _____ חתימה וחתימת **תּוֹקִיעַ וְחֵתֵם * X** _____

אל: הרופא המטפל

הנדון: שמירת הריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסויימים, לקבלת גמלה לשמירת הריון. אין החוק חל על עקרות בית.

"שמירת הריון" 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.

מתוך האמור לעיל עולה, כי היעדרות מעבודה אצל אישה הרה, שאינה קשורה להריון, תיחשב כהיעדרות מסיבת מחלה אצל אישה עובדת.

על פי תקנות הביטוח הלאומי (גמלה לשמירת הריון התשנ"א 1991), רופא נשים מומחה יאשר באמצעות טופס שהגדיר המוסד לביטוח לאומי, כי ע"פ ממצאי בדיקתו על האישה להפסיק עבודתה, ויציין את תקופת "שמירת ההריון". יש להימנע ממתן תעודות רטרואקטיביות. במקרים מיוחדים יש לנמק את הסיבות למתן תעודה לתקופה רטרואקטיבית.

המוסד לביטוח לאומי רשאי לפנות לרופא שמילא את הטופס, בבקשה לקבל פרטים רפואיים נוספים, ככל שידרשו. לבקשה יצרף המוסד טופס ויתור על סודיות רפואית, חתום על ידי התובעת.

יש למלא בטופס את כל הפרטים הנדרשים, ולהקפיד על פירוט משך התקופות המומלצות להפסקת העבודה, הסיבות הרפואיות לכך, ותאריכי הבדיקות.

אין המוסד מתחייב לכבד כל תעודה רפואית שתוגש לו.

מבוטחת תהייה זכאית לגמלה, רק כאשר תיעדר מעבודתה בגין שמירת הריון למשך 30 ימים רצופים לפחות. תקופות נוספות של הפסקת עבודה באותו הריון (שלא ברצף) תוכרנה, רק כאשר כל היעדרות תימשך ארבעה עשר ימים רצופים לפחות.

בנוסף לאמור לעיל, אישה הנחשפת במקום עבודתה לגורמים העלולים לסכן את עובריה (חומרים כימיים, ביולוגיים או פיזיקאליים), תופנה ע"י רופא הנשים המטפל לרופא תעסוקתי של הקופה. הרופא התעסוקתי, לאחר התייעצות בהתאם לנהלים בשרותי הרפואה התעסוקתית, יעביר המלצתו לביטוח הלאומי, תוך פירוט החומרים להם חשופה האישה, גיל ההריון וכל מידע רלבנטי נוסף.

בברכה,

ד"ר מריו סקולסקי,
המנהל הרפואי

الموضوع : حفظ الحمل

بناء على قانون مؤسسة التأمين الوطني، فإن المرأة المؤمنة (موظفة أجيبة او موظفة مستقلة) تستحق، في شروط معينة، تلقي مخصصات حفظ الحمل. لا يسري القانون على ربان البيوت .

" **حفظ الحمل** " معرف انه غياب عن العمل في فترة الحمل، والذي يلزم بسبب :

1. **وضع طبي ناتج عن الحمل ويعرض المرأة او الجنين للخطر.**

2. **خطر ناتج عن مكان العمل او نوع العمل.**

كل ذلك وفقاً لتصريح طبي خطي.

ينبع من المذكور أعلاه ، ان غياب المرأة الحامل عن العمل ، عندما لا يكون متعلقاً **بالحمل**، يُحسب غياباً **بسبب مرض** لدى المرأة العاملة .

وفقاً لأنظمة التأمين الوطني (مخصصات حفظ الحمل 1991)، يجب ان يصرح طبيب اختصاصي امراض نسائية بواسطة نموذج حددته مؤسسة التأمين الوطني، بأنه **بناء على نتائج فحوصاته** يجب ان تتوقف المرأة عن عملها، ويجب ان يذكر فترة " حفظ الحمل " .

يجب الامتناع عن تقديم تقارير بأثر رجعي. يجب في حالات معينة تبرير أسباب منح تصريح طبي عن فترة ماضية بأثر رجعي.

يحق لمؤسسة التأمين الوطني التوجه الى الطبيب الذي عبأ النموذج، للحصول على تفاصيل طبية إضافية، حسبما يتطلب. يجب ان ترفق مؤسسة التأمين الوطني مع الطلب نموذج التخلي عن السرية الطبية ، موقعاً من قبل مقدمة الطلب.

يجب تعبئة جميع التفاصيل المطلوبة في النموذج، والتأكد من تفصيل الفترة الزمنية الموصى بها التوقف عن العمل، الأسباب الطبية لذلك، وتواريخ الفحوصات.

مؤسسة التأمين الوطني لا تلتزم بقبول الشهادة الطبية التي قدمت لها.

تستحق المرأة المؤمنة تلقي المخصصات، فقط عند غيابها عن العمل بسبب حفظ الحمل لمدة 30 يوماً متواصلاً على الأقل. يتم الاعتراف بفترات أخرى من التوقف عن العمل خلال فترة الحمل نفسه (ليست متواصلة) ، فقط عندما تستمر كل فترة غياب عن العمل مدة اربعة عشر يوماً متواصلاً على الأقل.

بالإضافة إلى ما ذكر اعلاه، امرأة تتعرض في مكان عملها الى عوامل قد تعرض جنينها للخطر (مواد كيميائية، بيولوجية او فيزيائية) ، يتم توجيهها من قبل الطبيب اختصاصي الأمراض نسائية الذي يعالجها الى طبيب مختص بالعمل في صندوق المرضى الذي تتبع اليه. الطبيب المختص بالعمل ، وبعد الاستشارة وفقاً للأنظمة في الخدمات الطبية للعمل، يحول توصيته للتأمين الوطني، مع تفصيل المواد التي تتعرض لها المرأة ، مدة الحمل وأي معلومات إضافية متعلقة بالأمر.

مع الإحترام،

د. ماريو سكولسكي،

المدير الطبي