

# הנחיות למגיש תביעה

לפי החוק לפיצוי נפגעי הגזת, ה'תשנ"ד-1994

(1) טפסים

הינד מתבקש למלא את טופס התביעה במלואו על נספחיו:

- (א) הקפד למלא את הטפסים בכתב ברור וקריא.
- (ב) יש לרשום מספר תעודת זהות מלא בן 9 ספרות.
- (ג) יש למלא את פרטי חשבון הבנק הפעיל והאישי של **התובע בלבד** ולצרף צילום צ'ק המסומן כמבוטל ו/או אישור מסניף הבנק בו מתנהל החשבון.
- (ד) **חלה חובת חתימה** על התצהיר ועל טופס ויתור סודיות רפואית המצורפים לטופס התביעה בפני עורך-דין או בפני מזכיר בית המשפט.  
(החתימה על כתב ויתור סודיות רפואית **מתירה** למרכז הלאומי לגזת לבקש ולהשתמש בכל מידע רפואי ודמוגרפי של התובע שימצא לנכון לצרכי התביעה, עבור הועדות ו/או מחקרים בנושא הגזת.)
- (ה) בסעיף "אישור חתימת התובע בכתב התביעה" ו"כתב ויתור סודיות רפואית", יש להקפיד על פרטיו המלאים של עורך הדין (שם מלא, חותמת עו"ד, מס' רשיון, המשרד בו הוא מועסק, כתובת ודרכי התקשרות) מזכיר בית משפט עם מפרטים מלאים וחותמת.

(2) **מסמכים נדרשים (אם קיימים)**

- (א) נא לצרף כל מסמך רפואי המצוי ברשותך. על המסמכים להיות ברורים וקריאים.
- (ב) נא לצרף מסמכים אישיים ואחרים המעידים על קבלת טיפול כנגד מחלת הגזת ומקום הטיפול.
- (ג) תמונות מתקופת קבלת הטיפול ומתקופות אחרות הממחישות את תוצאות הטיפול. יש לציין על גב התמונה את מס' תעודת הזהות המלא (9 ספרות) ושם התובע (משפחה ופרטי).
- (ד) צילום ברור וקריא של תעודת הזהות, כולל נספח.
- (ה) צילום צ'ק או אישור פרטי ניהול חשבון.

(3) **עליך למסור את טופס התביעה המלא על נספחיו אך ורק בלשכת**

**הבריאות באזור מגוריך.**

(4) לבירורים ניתן ליצור קשר עם המרכז הלאומי לגזת באמצעות מענה אנושי \*3667 או לפקס 03-5350615.

(5) לנוחיותך, רצ"ב צילום החוק.

הטופס פונה בלשון זכר מטעמי נוחיות, אך מופנה לשני המינים גם יחד.



## משרד הבריאות

### טופס 1

[תקנה 2 (א)]

תביעה לפיצוי חד-פעמי, לקיצבה חודשית או למענק קיצבה, לפי חוק לפיצוי נפגעי גזת, ה'תשנ"ד-1994.

### חלק א'

(1) פרטי התובע/ת:

|               |               |            |
|---------------|---------------|------------|
| שם משפחה      | שם פרטי       | שם האב     |
| מס' ת.ז.      | מין: זכר/נקבה | תאריך לידה |
| תאריך עליה    | מצב משפחתי    |            |
| שם בן/בת הזוג | מס' ת.ז.      |            |

(2) מען התובע/ת:

שם הישוב \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_

מס' דירה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(3) פרטים על חשבון הבנק של התובע/ת:

שם הבנק \_\_\_\_\_ שם הסניף \_\_\_\_\_

מס' חשבון בנק \_\_\_\_\_ כתובת סניף הבנק \_\_\_\_\_

### חלק ב'

(1) פרטים על עילת התביעה:

א. בתקופה מ: \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ ניתן לי טיפול בהקרנה לשם טיפול במחלת הגזזת שבה חליתי לשם מניעת מחלת הגזזת על ידי \_\_\_\_\_ (הגוף המטפל) ב - \_\_\_\_\_ (המקום)

ב. המחלה \_\_\_\_\_ בה חליתי כתוצאה מטיפול בהקרנות שקיבלתי אובחנה בידי \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ (הרופא/המוסד הרפואי)

ג. מצ"ב מסמכים ואישורים להוכחת התביעה כמפורט להלן:

1.

2.

3.

ד. אני מצהיר/ה כי אין לי כל תביעה אחרת בשל העילות המנויות בחוק וכי לא הגשתי תביעה לבית משפט בשל העילות המנויות בחוק.

(2) תביעות אחרות:

בשל המחלה, חליתי כאמור לעיל כתוצאה מהטיפול בהקרנות שניתנו לי.

הגשתי תביעה בבית המשפט \_\_\_\_\_ ב - \_\_\_\_\_ (המקום)

מס' תיק בבית משפט \_\_\_\_\_; התביעה הוגשה נגד \_\_\_\_\_

פסק הדין בתיק ניתן ביום \_\_\_\_\_ תמצית ההחלטה \_\_\_\_\_

לא הגשתי תביעה.

## תצהיר התובע

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל/ת ת.ז. \_\_\_\_\_ לאחר \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מאשר/ת בזה כי כל שנאמר בכתב תביעה זה הוא אמת.

חתימה

תאריך

## אישור

אני עו"ד \_\_\_\_\_ מאשר/ת כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע/ה בפני \_\_\_\_\_ שהזדהה/תה בתעודת הזהות מס' \_\_\_\_\_ ולאחר שהוזהרתי/וה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא י/תעשה כן י/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת וחותמת עו"ד /  
מזכיר בית משפט

תאריך

# נספח השלמת פרטים אישיים – תביעה רגילה

ישוב מגורים בעת העליה

ארץ לידה

שם פרטי קודם

שם משפחה קודם

ארץ לידת אב

שם אב קודם

שם אב

← מספרי טלפון נוספים: מס' טלפון נייד

מס' טלפון בעבודה

מס' פקס

← ציין מס' תיבת דואר (במידה וקיים)

**חשוב** כהשלמת כתובת בפרט בישובים שבהם קיימים מרכזי חלוקת דואר באמצעות תיבות דואר.

← האם קיבלת את הטיפול במחנה מעבר? לא / כן

שם המחנה: \_\_\_\_\_ שם הארץ בו נמצא המחנה: \_\_\_\_\_

← נא לציין שמות בני משפחה אשר טופלו יחד איתך:

| שם פרטי | שם משפחה | מס' תעודת זהות | קירבה |
|---------|----------|----------------|-------|
|         |          |                |       |
|         |          |                |       |
|         |          |                |       |
|         |          |                |       |

← אם הינך מכיר אנשים נוספים שאינם בני משפחה אשר קיבלו טיפול נגד מחלת הגזזת, נא ציין שמותיהם:

| שם פרטי | שם משפחה | מס' תעודת זהות | קירבה |
|---------|----------|----------------|-------|
|         |          |                |       |
|         |          |                |       |
|         |          |                |       |
|         |          |                |       |

← באפשרותך לצרף מכתב אישי לטופס התביעה.

אני החתום מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

חתימה

תאריך

# כתב ויתור סודיות רפואית

אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם משפחה  
שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב  
מס' ת.ז. (9 ספרות) \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

מרשה בזה לכל אחת מהוועדות המנויות בחוק לפיצוי נפגעי הגזזת ה'תשנ"ד-1994, דהיינו ועדת המומחים, ועדה רפואית וועדה רפואית לעררים או ל"מרכז הארצי לנושא הגזזת" (להלן: "המבקשים") לפנות לכל עובד רפואי או מוסד רפואי או כל חומר רפואי או תיעוד רפואי הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כעת ולקבל מהם את המידע, החומר הרפואי או התיעוד הרפואי, ומשחר בזה כל רופא או כל עובד רפואי של המוסד הרפואי או הגורם אליו פנו המבקשים מחובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי כאמור ומוותר על הסודיות הרפואית כלפי המבקשים ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוד כלשהו בקשר למסירת המידע הרפואי, החומר הרפואי או התיעוד הרפואי ע"י אחד הגורמים המנויים לעיל.

כתב ויתור סודיות זה ניתן לעניין תביעתי על פי החוק הנ"ל.

**ולראיה באתי על החתום:**

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

## אישור חתימה

אני הח"מ \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

מאשר בזה כי החתום מעלה חתם על כתב ויתור סודיות רפואית זה בנוכחותי.

\_\_\_\_\_ חותמת

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

# הסכמה להשתתפות עתידית במחקר רפואי בתחום גזזת

## החתימה על טופס זה אינה חובה ואינה חלק מהגשת התביעה

בהתאם לסעיף 7 לחוק פיצוי נפגעי גזזת, ה'תשנ"ד-1994 (להלן "החוק"), הוקם במשרד הבריאות מכון מחקר שתפקידו בין היתר לבצע מחקרים בתחום הגזזת.

אנו מבקשים את הסכמתך העקרונית להשתתף במחקרים עתידיים בנושא הגזזת במסגרת המכון, דבר שיתרום לידע בנושא ויאפשר מעקב, טיפול והבנה טובה יותר של המחלות.

אם תסכים לכך, וככל שתימצא בעתיד מתאים להשתתף במחקר מסויים, יפנו אליך חוקרים ממכון המחקר כדי לבקש את הסכמתך להשתתף באותו מחקר. כמו כן, יימסר לך הסבר מפורט על המחקר ותבקש להסכים להשתתפות בו באמצעות חתימתך על טופס הסכמה מתאים. תוכל כמובן להתחרט בכל עת.

כל מחקר כזה יקבל אישור מראש של "ועדת הלסינקי", המוסמכת לפי חוק לאשר מחקרים, לאחר בדיקה אתית ומקצועית.

מובהר כי הסכמתך או אי הסכמתך להשתתפות במחקרים לא תשפיע בשום צורה על זכויותך עפ"י חוק הגזזת ועל הטיפול בתביעתך.

אם הנך מסכים עקרונית להשתתף במחקרים בעתיד בנושא הגזזת, ושחוקרים יפנו אליך לגביהם, כמפורט לעיל, נא חתום על טופס זה.

|       |    |      |                 |
|-------|----|------|-----------------|
| תאריך | שם | ת.ז. | חתימה/          |
|       |    |      | חתימת אפוטרופוס |