



## משרד הבריאות

### טופס 1

[תקנה 2 (א)]

תביעה לפיצוי חד פעמי, לקיצבה חודשית או למענק קצבה, לפי החוק לפיצוי נפגעי גזת, ה'תשנ"ד-

1994

### חלק א'

(1) פרטי התובעת:

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 התובעת:

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

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

(3) פרטים על חשבון הבנק של התובעת:

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 \_\_\_\_\_  
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/ה כי עליו/ה להצהיר את  
האמת וכי אם לא /תעשה כן /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 נפג עי 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 המ"ל.

**אם הינך מסכים/ה להשתתף במחקר בנושא הגזזת, דבר שיתרום לידע בנושא, נא סמן/י בעיגול:**  
מסכים/ה / לא מסכים/ה

**ולראיה באתי על החתום:**

\_\_\_\_\_ תאריך  
\_\_\_\_\_ חתימה

## אישור חתימה

אני הח"מ \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ תאריך  
\_\_\_\_\_ חתימה  
\_\_\_\_\_ חותמת