



## בקשה לתעודת עיוור / לקוי ראייה (כולל דמי ליווי)

מיועד  
לתמונת  
הפונה

את הטופס יש לשלוח לדואר אלקטרוני: [t.aleh@bezeqint.net](mailto:t.aleh@bezeqint.net)  
או לכתובת: עמותת עלה ת.ד. 24051, הר הצופים, ירושלים  
9124001.



יש למלא את הטופס בכתב יד קריא וברור

א. מילוי הבקשה  
חלק זה ימולא על ידי המבקש.

א. פרטים אישיים של הפונה

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
מספר זהות: \_\_\_\_\_  
מין: זכר / נקבה \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: ר / נ / ג / א \_\_\_\_\_  
שנת לידה: \_\_\_\_\_ שנת עלייה: \_\_\_\_\_

ב. כתובת

רחוב: \_\_\_\_\_ מספר בית ודירה: \_\_\_\_\_  
יישוב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

ג. פרטי הכרה

מספר תעודת עיוור (אם יש): \_\_\_\_\_  
יש לסמן במקום המתאים (כן או לא)

שאלה	כן	לא
נבדק על ידי ביטוח לאומי או בדיקת עיניים		
מוכר/מוכרת כנפגע עבודה או נפגע פעולות איבה		
מוכר/מוכרת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל		
עובד		
חוסה במוסד		
רישיון נהיגה בתוקף		





**ד. מהות הבקשה**

יש לסמן במקום המתאים (כן או לא)

מהות הבקשה	כן
תעודת עיוור	
דמי ליווי	
ביטול תעודת עיוור	

**ה. הצהרה וחתימה**

**הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית:**

הנני מצהיר/מצהירה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, ומתחייב/מתחייבת להודיעכם על כל שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/צפויה לביטול התעודה והמשרד יהיה רשאי לפעול בהתאם לאפשרויות העומדות בפניו על פי חוק. הנני מוכן/מוכנה מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שהדין מעניק לעניין המידע הרפואי אודותי ומסכים/מסכימה ומרשה בזה לשירות ראייה, שמיעה וטכנולוגיה ולרופאי האמון הפועלים מטעמו לבקש ולקבל פרטים ומסמכים אודות מצבי הרפואי מכל גורם שהוא, לצורך קביעת זכאותי לתעודה זו.

כמו כן, אני מאשר/מאשרת לשירות ראייה, שמיעה וטכנולוגיה כדלקמן:

- להעביר את ממצאי הבדיקה שיערוך המשרד על מנת לקבוע את זכאותי לתעודת עיוור ודמי ליווי, למוסד לביטוח לאומי לצורך קביעת זכאותי לקצבת נכות כללית, קצבת שירותים מיוחדים וקצבת ילד נכה, וזאת במסגרת הסדר ההכרה ההדדית הקיים בין המשרד לבין המוסד לביטוח לאומי.
  - להעביר את שמי ומספר הטלפון שלי, לגופים המפעילים שירותי הדרכה שיקומית מטעם המשרד, ולהם בלבד, על מנת שהם יציגו בפניי מידע אודות שירותי ההדרכה השיקומית והאפשרויות העומדות בפניי לצורך קבלת השירות.
  - להעביר את שמי ותעודת הזהות שלי לרשות הרישוי, וזאת במידה ואמצא כמי שזכאי לתעודת עיוור על ידי המשרד.
- אני מוותר/מתוורת מראש על כל טענה בדבר פגיעה בפרטיות השמורה לי על פי כל דין בעניין זה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו אל המשרד או/ו המוסד לביטוח לאומי או/ו רשות הרישוי או/ו הגופים המפעילים שירותי הדרכה שיקומית מטעם המשרד, בקשר למסירת המידע המפורט לעיל.

חתימת הפונה

תאריך



**ב. בדיקה רפואית**

חלק זה נועד להדפסה ולמילוי על ידי רופא מומחה למחלות עיניים, בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור תואר מומחה) תשכ"ד 1964  
נא לציין: V גורם עיקרי לעיוורון V ממצא אחר T עיוורון מטראומה

**לשימוש משרדי בלבד**

שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין
		<b>ג.</b>					
		<b>ד. GLAUCOMA</b>				<b>חדות ראייה</b>	
		12 Primary Glaucoma				א. אין תחושה לאור	
		13 Congenital				ב. תנועת יד	
		14 Secondary				ג. עד 1/60	
		<b>ה. CATARACT</b>				ד. עד 3/60	
		15 Senile				ה. מעל 3/60 פרוט:	
		16 Congenital				<b>שדה ראייה צרף תרשים</b>	
		17 Complicated				א. עד 10 מעלות	
		18 Operated				ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות	
		<b>ו. RETINA &amp; VITREOUS</b>				ג. מעל 20 מעלות	
		19 Retinopathy of prematurity				<b>EYEBALL</b>	
		20 Retinitis pigmentosa				1 Phthisis	
		21 Retinal detachment				2 Anophthalmos	
		22 Myopic Maculopathy				3 Microphthalmos	
		23 Diabetic Mac. & Retinop.				4 Albinism	
		24 A.M.D.				5 Nystagmus	
		25 Vitreous Hemorrhage				6 Amblyopia	
		26 C.V.O. \ C.A.O				<b>UVEAL TRACT</b>	
		27 Other				7 Uveitis	
		<b>OPTIC NERVE &amp; PATHWAYS</b>				8 Other: פירוט:	
		28 Optic atrophy				<b>CORNEA &amp; SCLERA</b>	
		29 Other neuropathy				9 Central Opacity	
		<b>30 C.V.I</b>				10 Keratoconus	
		<b>ז. OTHER DIAGNOSIS</b>				11 Other: פירוט:	
		31					

תאריך \_\_\_\_\_  
שם \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_

תאריך בדיקה: \_\_\_\_\_  
מס' טל': \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_