



קופת חולים \_\_\_\_\_  
מחוז \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

I

פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס	תאריך לידה שנה חודש יום	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
----------	---------	------------------	----------------------------	--

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

תאריך תאונה שנה חודש יום	מקום התאונה	שעת התאונה
-----------------------------	-------------	------------

הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך שנה חודש יום	בשעה	מעמד ביום התאונה: <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
---	------	--

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

II

למילוי ע"י הרופא

מקצוע / משלח יד \_\_\_\_\_  
 תיאור התאונה לפי דברי הנפגע \_\_\_\_\_  
 פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול \_\_\_\_\_  
 הממצא הקליני \_\_\_\_\_  
 צילומי רנטגן נעשו במכון \_\_\_\_\_ ביום \_\_\_\_\_ הממצא \_\_\_\_\_  
 האבחנה \_\_\_\_\_  
 הטיפול שנתנו לנפגע \_\_\_\_\_  
 הערות ופרטים נוספים \_\_\_\_\_

עובד שכיר ועובד עצמאי  
 לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך \_\_\_\_\_ ימים;  
 היינו מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בכלל כתוצאה מהתאונה.

עקרת בית  
 כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך \_\_\_\_\_ ימים; היינו מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בכלל.

אינו עובד ואינו עובד עצמאי  
 כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז או מרותק לביתו במשך \_\_\_\_\_ ימים; היינו מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בכלל.

תאריך מתן התעודה \_\_\_\_\_ שם הרופא החותם \_\_\_\_\_ חתימת הרופא / השירות הרפואי המוסמך \_\_\_\_\_