

## בקשה רפואית להקלות בתנאי שירות

**רופא משפחה שלום!**

הטופס המצורף בזאת מופנה אליך בעקבות פניית המועמד/ת לשירות בטחון  
להקלה בתנאי השירות, על רקע בעיות רפואיות במשפחה.

חוות דעתך תוכל לסייע לנו בקבלת החלטה לגבי הבקשה.

נא למלא במקום המתאים את האבחנות הרפואיות עם דגש על סיבוכי המחלה בזמן הווה. חשוב  
במיוחד לשים דגש על נושא המצב התפקודי, ומידת הסיוע הנדרשת לטיפול מבני המשפחה. על פי  
חוות דעתך והתרשמות הצוות הרפואי (אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק וכו').

ניתן לצרף לטופס מסמכים בודדים התומכים ומאירים את המצב בכללותו על מנת שניתן יהיה  
לקבל תמונה מקיפה ומדויקת ככל האפשר לגבי המצב.

- יש למלא את הטופס עבור כל בן משפחה בנפרד, עבורו הוצגו אישורים רפואיים.
- יש להחתים את המטופל על כתב ויתור סודיות המצורף, על הרופא לחתום על כך  
שהטופס מולא בנוכחותו, טופס זה מגן על המטופל מחובת הסודיות. אישורים אשר  
יתקבלו ללא ויתור סודיות לא ישמשו לבחינת הבקשה.

**הבהרה:**

הטפסים הנ"ל מגיעים לידי מדור הפרט בלשכת הגיוס, ומשמשים אך ורק לצורך בקשת  
המועמד לשירות ביטחון ולא נעשה בהם כל שימוש נוסף. טרם גיוסו מתויק החומר בתיקו  
האישי ומועבר ליחידתו בצה"ל.

מודים לך על שיתוף הפעולה,

צה"ל

## כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (שם) \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ נותן בזה רשות לכל רופא או פסיכולוג המטפל בי ולכל מוסד רפואי בו טופלתי, לרבות בית החולים, מרפאה או קופת חולים בה אני רשום (להלן מוסר המידע) למסור לרופא צבאי כל פרט, ללא יוצר מן הכלל על מצב בריאותי, על מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות טיפול רפואי או שיקומי שקיבלתי ככל שיתבקש על ידי הרופא הנ"ל, ואני משחרר את מוסר המידע מכל חובת סודיות שחלה עליו לפי דין או הסכם ביחס למידע המפורט לעיל, ומוותר על סודיות זו כלפי הרופא הצבאי.

**ויתור זה ניתן במסגרת בקשתו של המועמד לשירות ביטחון:**

שם מלא	ת"ז
<p>לצורך טיפול ת"ש בצה"ל בשל נסיבותיו המשפחתיות ובכלל זה מצב בריאותי. בחתימתי להלן אני מרשה לרופא הצבאי מקבל המידע להעביר לאנשים ולגופים שמעורבותם נדרשת בהליך הדיון והחלטה בבקשה, כל מידע הנוגע אלי שיימצא ברשותו והנחוץ לקבל החלטה בבקשה הנ"ל.</p>	
תאריך	חתימה

### אישור

אני הח"מ (שם) \_\_\_\_\_ מספר ת"ז \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ רופא/עו"ד (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי האדם שפרטיו המצוינים לעיל, המוכר לי אישית/שזיהה את עצמו על ידי תעודת זהות נושאת מספר \_\_\_\_\_ חתם בפניי על כתב זה, לאחר שאישר כי קרא את המסמך והבין את הכתוב בו.

תאריך	חתימת המאשר
-------	-------------

חתימת גומי של הרופא

תאריך: \_\_\_\_\_

**הנדון: אישור רפואי**

שם מלא                      ת"ז                      שם האב                      קרבה למלש"ב                      שנת לידה

מצב משפחתי – נשוי/רווק/גרוש/אחר- פרט \_\_\_\_\_  
 נמצא בבית / במוסד זמני / אחר - \_\_\_\_\_

**אבחנות רפואיות**

סיבוכים היום – תדירות ההתקפים	טיפול	אבחנה

**הערות:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ניתוחים:**

סיבוכים בהווה	הניתוח

**בדיקת מעבדה פתולוגית:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**צילומים פתולוגיים:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**מצב תפקודי: (יש להקיף בעיגול)**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| מלאה / מעורפלת / חוסר הכרה   | 1. מצב ההכרה    |
| מלאה / חלקית / אינו מתמצא במקום ובזמן                                    | 2. התמצאות      |
| תקינה / הפרעות בדיבור / קשיי שפה / אחר: _____                            | 3. תקשורת       |
| תקינה / לקויה / עיוורון / אחר: _____                                     | 4. ראייה        |
| תקינה / לקויה / חירשות / אחר: _____                                      | 5. שמיעה        |
| עצמאי / עצמאי עם מכשירים / עצמאי רק בבית / בכסא גלגלים קבוע / אחר: _____ | 6. ניידות       |
| תקינה / הפרעות בידיים / הפרעות ברגליים / אחר: _____                      | 7. תנועת גפיים  |
| תקינה / עזרה חלקית / עזרה מלאה / אחר: _____                              | 8. רחיצה        |
| עצמאי / עזרה חלקית / עזרה מלאה / זונדה / אחר: _____                      | 9. אכילה ושתייה |
| עצמאי / עזרה חלקית / עזרה מלאה / אחר: _____                              | 01. הלבשה       |
| ספונטנית / הפרעות / צנתר / פנרוס / אחר: _____                            | 11. הפרשת שתן   |
| רגילה / זקוק למשלשלים / ללא שליטה / אחר: _____                           | 21. פעולת מעיים |
| זקוק לתרופות / זקוק לדפנות / אחר: _____                                  | 31. שינה        |
| _____  | 41. אחר         |
| _____  |                 |
| _____  |                 |
| _____  |                 |

**בעיות סיעודיות והמשך טיפול: (צנתר, פצע לחץ, מכשירים, פיזיותרפיה וטיפולים אחרים)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**עזרה סיעודית מטעם הקהילה**

1. מט"ב בית:

\_\_\_\_\_

2. שעות סיעוד מאושרות מביטוח לאומי:

\_\_\_\_\_

3. אחר:

\_\_\_\_\_

**מעורבות משפחתית:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_