



תאריך קבלת הטופס בקופה

תאריך מתן האישור

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסביר שמעבר לדף לפני מתן הטופס לעבוד.

שם המפעל / שם המפעל / הקיבוץ / המועビד	מספר בית	יישוב	מספר מיקוד	מספר פקס	מספר טלפון	0
רחוב			ס' ב	ס' ג	ס' ז	9
			נקבה	זכר	זחות	0

לכבוד

Coupon חולים / בית חולים _____

נא להגיש עזרה רפואי לעבוד / למתנדב (נא מחק את המיותר) :

שם משפחה	שם פרטי	מין	ס' ג	ס' ב	מספר זחות	דרכון
		מי				
		ס' ז				
		נקבה				

רחוב	מספר טלפון נייד	מספר טלפון	מספר בית	כינוי	דירה	יישוב	מיקוד
	0						

שנפגע בתאריך _____ באשר עבד ב _____ בשעה _____ סוג העבודה _____

מקום התאונה: במפעל ת. דרכים בעבודה ת. תא דואר תאונה בדרך ללא רכב אחר

כתובת מקום התאונה :

תיאור התאונה :

הaber שנפגע _____

 הנפגע חבר בCoupon חולים _____ שםCoupon חולים _____ עובד זר

חתימה וחותמת המפעל _____ שם המאשר _____

תפקידו במפעל

שם המאשר

מעסיק נכבד,

- ✓ עובד שנפגע בעבודתו (גם אם הפגיעה אירעה בדרכו הישירה לעובדה וממנה) זכאי לטיפול רפואי על **חשבון הביטוח הלאומי.**
- ✓ כדי לקבל טיפול זה عليك, כboss, לצידם בטופס המצורף. הטופס צריך להחתם על ידי המעביר או **בא כוחו המוסמך**, וימסר רק לעובדי המפעל שנפגעו בעבודה. אין למסור טופס זה במקרים של מחלת רגילה או לאנשים שאינם עובדים במפעל.
- מסירת טופס שלא כדין תחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.
- ✓ عليك למלא בדיקנות את כל הפרטים שבטופס ובמיוחד להקפיד על מלאוי נכון של מספר הזהות של העובד, מספרתיק מעסיק, תאריך ושעת התאונה ושם קופת החוליםים בה הוא חבר.
- ✓ מצויד בטופס יפנה הנפגע לשם קבלת הטיפול הרפואי לסתור חולמים בה הינו חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומי, קופ"ח מאוחצת, מכבי שירותי בריאות).
- ✓ רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר להפנות את הנפגע לחדר מיון או לרופא הקרוב. המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק על ידי השירות הרפואי אשר יחויר לנפגע את הוצאותיו بعد הטיפול הראשון. אין מהזירים הוצאות בעד כל טיפול נוספת שניתנו על ידי שירות רפואי לא מוסמך.
- ✓ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי.
- ✓ טופס זה אינו מהווע אישור הכרה בתאונה כפגיעה בעבודה, ההחלטה אם התאונה הינה תאונת עבודה היא בידי המוסד לביטוח לאומי.