מדינת ישראל
משרד העבודה והרווחה
אגף השיקום - השירות לעיוור

בקשה לתעודת עיוור / לקוי ראייה
(כולל דמי ליווי)

מיועד לתמונת הפונה

א. פרטים אישיים של הפונה

(ימולא רק ע"י העובד/ת הסוציאלי/ת במחלקה לשירותים חברתיים)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / ס"ב	שנת לידה	מצב משפחתי ר / נ / ג / א	מין ☐ זכר ☐ נקבה

כתובת

שנת עליה	רחוב	מס' הבית	שם הישוב	מיקוד	מספר טלפון

מס' תעודת עיוור - (אם יש) ☐☐☐☐☐☐☐

נבדק על ידי ביטוח לאומי/בדיקת עיניים ☐ כן ☐ לא

מוכר/ת על ידי הביטוח הלאומי כנפגע עבודה/ נפגע פעולת איבה ☐ כן ☐ לא — עובד ☐ כן ☐ לא

מוכר/ת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל ☐ כן ☐ לא — חוסה במוסד ☐ כן ☐ לא

הצהרת הפונה:
הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, ומתחייב/ת להודיעכם על שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי, ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/ה לעונשים ולביטול תעודת עיוור.

תאריך: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (יום / חודש / שנה) חתימת הפונה: _____

סמל לשכה: ☐☐☐☐ שם הלשכה: _____

שם העו"ס המטפל _____ חותמת הלשכה: _____ תאריך: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (יום / חודש / שנה)

ב. בדיקה רפואית

(חלק זה ימולא ע"י רופא מומחה למחלות עיניים, בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור ותואר מומחה) תשכ"ד 1964)

נא לציין (V) - נורם עיקרי לעיוורון
V - סיבוב אחר
(T) - עיוורון טוטאלי

עין ימין	עין שמאל	חדות ראייה	לשימוש משרדי בלבד: ימין	שמאל
		א. אין תחושה לאור		
		ב. תנועת יד		
		ג. עד 1/60		
		ד. עד 3/60		
		ה. מעל 3/60 פירוט:		
		שדה ראייה צרף תרשים		
		א. עד 10 מעלות		
		ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות		
		ג. מעל 20 מעלות		
		EYEBALL		
		1 Phthisis		
		2 Anophthalmos		
		3 Microphthalmos		
		4 Albinism		
		5 Nystagmus		
		6 Amblyopia		
		UVEAL TRACT		
		7 Uveitis		
		8 Other: פירוט:		
		CORNEA & SCLERA		
		9 Central Opacity		
		10 Keratoconus		
		11 Other: פירוט:		

עין ימין	עין שמאל		לשימוש משרדי בלבד: ימין	שמאל
		GLAUCOMA		
		12 Primary Glaucoma		
		13 Congenital		
		14 Secondary		
		CATARACT		
		15 Senile		
		16 Congenital		
		17 Complicated		
		18 Operated		
		RETINA & VITREOUS		
		19 Retinopathy of prematurity		
		20 Retinitis pigmentosa		
		21 Retinal detachment		
		22 Myopic Maculopathy		
		23 Diabetic Mac. & Retinop.		
		24 A.M.D.		
		25 Vitreous Hemorrhage		
		26 C.V.O. / C.A.O.		
		27 Other		
		OPTIC NERVE & PATHWAYS		
		28 Optic atrophy		
		29 Other neuropathy		
		OTHER DIAGNOSIS		
		30		

הערות: _____

תאריך בדיקה: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (יום / חודש / שנה) מס' טל': _____

חתימה וחותמת הרופא:

תאריך _____
שם _____
חתימה _____
חותמת

הטופס ימולא במקור + 2 עותקים:
1. המקור המאושר ישמור המקור (לבן)
2. המחלקה לשיקום תשמור העתק מס' 1 (מסומן)