

בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות בוועדת ערר

פרטי הבקשה

	מטופל בסניף ביטוח לאומי בעיר
--	---------------------------------

פרטי המוגבל בניידות

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות כולל ספרת ביקורת
מין (להקיף בעיגול)	תאריך לידה	מצב משפחתי (להקיף בעיגול)
זכר נקבה		אלמן/נה נשוי/אה
טלפון נייד	טלפון נוסף	רווק/ה גרוש/ה דוא"ל

כן לא	אני מסכים לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט ודואר אלקטרוני) במקום בדואר רגיל (להקיף בעיגול):
---------	---

מען למכתבים של המוגבל בניידות

רחוב	בית	דירה/ כניסה
ישוב	מיקוד	תא דואר

במידה והגשת הבקשה היא עבור מישהו אחר יש למלא גם את פרטי מגיש הבקשה:

פרטי מגיש הבקשה		
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות כולל ספרת ביקורת
טלפון נייד	תאריך לידה	דוא"ל

פרטי וועדה קודמת מדרג א'	
הבקשה של דרג א' נידונה בלשכת הבריאות (להקיף בעיגול)	צפון (נצרת) חיפה ירושלים תל אביב מרכז (רמלה) דרום (ב"ש) אשקלון אילת

תאריך וועדה מדרג א	אחוזי ניידות שנקבעו בוועדה	סעיפי ליקוי
סיבת הגשת הערר		

צרופות לבקשה

מאחר והוועדה תדון בניידות הנובעת מליקוי ברגליים, יש לצרף אך ורק מסמכים רפואיים מעודכנים המעידים על בעיה רפואית ברגליים בלבד.

במצבים מסוימים, כאשר יש לנבדק קושי להגיע לוועדה ואם מוגבלותו היא אחת מהמוגבלויות שהוגדרו מראש, ובהינתן להציג מסמכים ממוסד רפואי ציבורי (בית חולים / קופת חולים) המעידים על המוגבלות, ניתן לבקש לקיים ועדה ללא נוכחות. יודגש כי הבקשה אינה מבטיחה אישור ועדה ללא נוכחות, הדבר נתון לשיפוטו של הרופא הממין על פי קריטריונים ברורים.

כן לא	בקשה לקיום ועדה ללא נוכחות (יש לצרף מסמכים מתאימים)
---------	--

ניתן לצרף לבקשת הערר מסמכים רפואיים שטרם הוצגו לוועדה מדרג א'

מסמכים רפואיים נוספים לבקשה

#	תיאור המסמך
1	
2	
3	
4	
5	