



**הנחיות למגיש הבקשה לבדיקה רפואית**

- \* על מגיש הבקשה למלא את חלק א' בעמודים 5 ו-9 ולהעביר הבקשה לרופאו האישי.
- \* על הרופא האישי למלא חוות הדעת (חלק ב' בעמוד 5) תוך ציון הסעיף וסוג הליקוי של הנבדק לפי רשימת הליקויים המופיעה בעמודים 3 ו-4.
- \* אם הרופא האישי סבור כי הליקוי מתאים לסעיף ח' שברשימת הליקויים, על מגיש הבקשה לצרף לטופס הבקשה תוצאות עדכניות של בדיקת דופלר. אם אין בידיו תוצאות עדכניות של בדיקת דופלר, הוא יופנה ע"י לשכת הבריאות לבצעה.
- \* אם הנך משתמש בכסא גלגלים, נא המצא אישור רכישה או השכרה.
- \* מגיש הבקשה ישלח את טופס הבקשה אך ורק ללשכת הבריאות המחוזית באזור מגוריו בצירוף מסמכים רפואיים עדכניים (ראה טבלת לשכות הבריאות המחוזיות מעבר לדף).
- \* על מגיש הבקשה להביא עמו לבדיקה הרפואית תעודת זהות.
- \* מי שהינו בעל רישיון נהיגה בר תוקף יצרף לבקשה צילום מרישיון הנהיגה.
- \* לאחר הבדיקה הרפואית יודיע הרופא המוסמך בכתב לנבדק על ממצאי הבדיקה (סוג הליקוי ואחוז המוגבלות). העתק מהודעה זו יישלח למוסד לביטוח לאומי.
- \* לאחר שהנבדק קיבל מלשכת הבריאות הודעה על ממצאי הבדיקה הרפואית, ינהג בהתאם להנחיות המפורטות בהודעה זו (בעמוד 8).

**גיל פרישה**

גיל הפרישה	חודש ושנת לידה	
	עד תאריך	מתאריך
65	30.06.1939	_____
65 ו-4 חודשים	31.08.1939	01.07.1939
65 ו-8 חודשים	30.04.1940	01.09.1939
66	31.12.1940	01.05.1940
66 ו-4 חודשים	31.08.1941	01.01.1941
66 ו-8 חודשים	30.04.1942	01.09.1941
67	ואילך	01.05.1942

**לשכות הבריאות המחוזיות**

מחוז	כתובת	מיקוד	טלפון	פקס
אשקלון	הנהלת המרכז הרפואי ברוזילי	78306	08-6745985	08-6745727
באר שבע	רח' התקווה 4, קריית הממשלה, ת"ד 10050	84893	08-6263550	08-6263554
חיפה	רח' פלי"ם 15א, בניין קריית הממשלה, ת"ד 800	35055	04-8632908	04-8633110
ירושלים	רח' יפו 86, ת"ד 6016	94341	02-5314891	02-5314892
נצרת	רח' המלאכה 3, נצרת עילית, ת"ד 744	17000	04-6557888	04-6561465
רמלה	רח' הרצל 91, קריית הממשלה	72430	08-9788674	08-9788668
תל אביב	רח' הארבעה 12	61203	03-5634866	03-5634843

## רשימת ליקויים

מוגבלות בניידות %	מוגבלות בניידות %
80%	<b>א. שיתוקים</b>
50%	הסעיפים המתייחסים לשיתוקים לרונטיים רק אם המאורע שגרם לשיתוק אירע ששה חודשים לפחות לפני הגשת הבקשה
	שיתוק מלא למעשה של שתי השוקיים המלווה שיתוק בגפה תחתונה אחת לפחות של שניים מבין שלושת השרירים הבאים:
80%	1) M. Ileoasoas, M. quadriceps, M. glutaeous maximus
50%	2) שיתוק מלא של גפה תחתונה אחת, מלווה שיתוק של קבוצות שרירים או בשוק או בירך בגפה השנייה.
50%	3) שיתוק מלא למעשה של אחת מהשוקיים מלווה שיתוק של שניים לפחות מבין שלושת השרירים המפורטים בסעיף 1 דלעיל.
40%	4) שיתוק מלא למעשה של שתי השוקיים.
	5) שיתוק מלא למעשה של שוק אחת, מלווה שיתוק של אחד השרירים המפורטים בסעיף 1 דלעיל.
	6) שיתוק חלקי של שרירי גפה תחתונה אחת הגורם להגבלה ניכרת בהפעלת מפרק הירך או הברך (לא מדובר בטווח התנועתיות הפסיבית של המפרק).
	7) א) שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצונית בשרירי גפה תחתונה אחת - עם הפרעה בינונית בהליכה.
	ב) 1. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצונית בשרירי שתי הגפיים התחתונות - עם הפרעה בינונית בהליכה, או -
	2. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצונית בשרירי גפה תחתונה אחת - שעה שהליכה אפשרית בעזרת מכשיר הליכה ארוך בלבד.
	ג) 1. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצונית בשרירי שתי הגפיים התחתונות, עם מכשיר ארוך אחד הנלבש על הגפה, או -
	2. שיתוק ספסטי בדרגה קשה בשרירי גפה תחתונה אחת, שעה שהליכה אפשרית רק בעזרת תמיכה או עזרה של אדם נוסף.
	ד) חוסר מלא של כושר תנועה בשתי הגפיים התחתונות כתוצאה מליקויים במערכת העצבים המרכזית, בלוי של אטכסיה או תנועות בלתי רצונית.
	<b>ב. קטיעות</b>
	1) קטיעה מעל לברך בגפה אחת.
	2) קטיעה מעל לברך בשתי הגפיים.
	3) קטיעה מעל לברך בקרבת פרק הירך עם חוסר אפשרות להתקנת פרוטזה, או קטיעת הגפה דרך מפרק הירך.
	4) קטיעה בשוק.
	5) קטיעה בשתי השוקיים גם יחד.
	6) קטיעת השוק בקרבת הברך וחוסר אפשרות להתקנת פרוטזה להפעלת מפרק הברך.
	7) קטיעת כף הרגל לפי שיטת Pirogoff.
	8) קטיעת שתי כפות הרגליים לפי שיטת Pirogoff.
	9) קטיעה בשתי כפות הרגליים דרך עצמות ה-Tarsus.
	<b>ג. קישיונות</b>
	1) קישיון מוחלט של מפרק הירך.
	2) קישיון דו-צדדי של מפרקי הירכיים.
	3) קישיון הברך במצב של 170° - 180°.
	4) קישיון דו-צדדי של מפרקי הברכיים.
	5) קישיון מפרק הברך במצב של כיפוף גדול יותר או סטייה לצדדים.
	6) קישיון שני מפרקי הברכיים במצב של כיפוף גדול או סטייה לצדדים.
	7) קישיון פרקי הקרסול של שתי הגפיים.
	<b>ד. נקיעות</b>
	1) נקע מלידה במפרק הירך.
2) נקע מלידה דו-צדדי במפרקי הירכיים.	
3) נקע הברך מלווה קרע של שתי רצועות לפחות.	
	<b>ה. מפרקים מדומים</b>
1) מפרק מדומה בעצם הירך מתחת לאזור צוואר הירך המאפשר הליכה בעזרת מכשיר הליכה בלבד.	
2) מפרק מדומה באזור צוואר הירך.	
3) מפרק מדומה בעצם הירך.	
4) מפרק מדומה בעצם השוק.	
	<b>ו. הגבלת כושר תנועת המפרקים בגפיים התחתונות או החלפתם</b>
	כאשר מתקיימת בנבדק יותר מפסקת משנה אחת מבין אלה המנויות בפסקאות א' או ב' שלהלן, ייקבע האחוז הגבוה מבין האחוזים הקבועים בצד פסקאות המשנה המתקיימות בנבדק.
	<b>א. הגבלות בכושר תנועת המפרקים</b>
1) הגבלה בכושר תנועת מפרק הירך מלווה כוויצה כיפופית (הגבלה באכסטנזיה) העולה על 30° והתנועתיות במפרק הירך (אבדוקציה או אדוקציה או רוטציה) הינה פחות מ-20°.	
2) סעיף 1 דלעיל דו-צדדי.	
3) הגבלה בכושר תנועת הברך מלווה כיפוף פחות מ-135° ויישור פחות מ-160°.	
4) סעיף 3 דלעיל דו-צדדי.	
5) דריכה על הצד החיצוני של כפות הרגליים	
6) Pes Varus maximus bilateralis	
7) דריכה על הצד הפנימי של כפות הרגליים	
8) Pes Valgus maximus bilateralis	
	<b>ב. החלפת מפרקים בירך או בברך</b>
1) מצב אחרי החלפת מפרק אחד, כאשר קיימים סימנים קליניים, רנטגניים או הדמייתיים אחרים להתרופפות המפרק.	
2) מצב אחרי החלפה חוזרת של מפרק אחד.	
3) מצב אחרי החלפת שני מפרקים.	
4) מצב אחרי החלפת שלושה מפרקים.	
5) מצב אחרי החלפת ארבעה מפרקים.	
	<b>ז. קיצור גפה</b>
40%	קיצור בגפה התחתונה ב-15 ס"מ או יותר לעומת הגפה השנייה שאינה תוצאה של אחת הנכויות הנ"ל.
	<b>ח. תהליך אי-ספיקה היקפית בעורקי הגפיים התחתונות</b>
1) מלווה בכל הממצאים הבאים במצטרב:	
א) צליעה סירוגית בפחות מ-50 מטרים במישור, בקצב הליכה בינוני;	
ב) העדר דפקים בעורקי Tibialis Posterior ו-Dorsalis Pedis;	
ג) אינדקס לחץ דופלר קרסול - זרוע פחות מ-0.6.	
2) כאשר קיים חשד ל- Non-Compressible Vessels, נוכחות של אחד או יותר מהממצאים הבאים:	
א) עקומת Pulse Volume Recorder בקרסול בגובה פחות מ-10 מ"מ;	
ב) Pulsatility Index פחות מ-8 בכף הרגל;	
ג) גל דופלר בי-פזי בכף הרגל;	
ד) Toe Pressure - אינדקס לחץ בוהן - זרוע פחות מ-0.5.	
3) כאשר קיים חשד שההפרעה אינה באה לידי ביטוי במנוחה ביצוע מבחן Reactive Hyperemia על ידי חסימה קריבנית לשלוש דקות בלחץ על-סיסטולי או מבחן Tip Toeing, ובעקבותיהם רישום של אחד הממצאים הנ"ל לפחות.	

## עמוד 4 מתוך 9

ג. כל הממצאים המתאימים לנכות של 70% כמפורט לעיל בתוספת כיבים איסכמיים או נמק. 100%  
קבעה הוועדה כי על המוגבל בניידות להיבדק במעבדת כלי דם לעניין סעיף זה, תקבע את המעבדה או המעבדות שבהן ייבדק המוגבל בניידות.

### ט. הפרעות במערכת כלי הלימפה

1) הפרעות במערכת כלי הלימפה בגוף תחתון אחד הגורמות לאלפנטאיזיס המגבילה במידה ניכרת את התנועתיות במפרק הברך או הירך. 40%  
2) סעיף 1 דלעיל דו-צדדי. 80%

### י. מומים מלידה

מומים מלידה שממציאיהם הרפואיים מקבילים מבחינה אנטומית לאחד הליקויים המפורטים לעיל, יירשמו לענין זה כליקוי עצמו.

### יא. קומה נמוכה

1) מי שמלאו לו 18 שנים ואורך גפיו התחתונות אינו עולה על 61 ס"מ. 80%  
2) מי שמלאו לו 18 שנים ואורך גפיו התחתונות אינו עולה על 72 ס"מ. 50%  
3) לגבי מי שמלאו לו 6 שנים וטרם מלאו לו 18 שנים - אחוז המוגבלות בניידות יהיה האחוז הנקוב בטבלה הבאה:

ב. 1) כל הממצאים הבאים במצטבר:  
א) צליעה סירוגית בפחות מ-50 מטרים במישור, בקצב הליכה בינוני;  
ב) העדר דפקים בעורקי Dorsalis Pedis ו-Tibialis Posterior;  
ג) אינדקס לחץ דופלר קרסול - זרוע פחות מ-0.4.  
2) כאשר קיים חשד ל- Non-Compressible Vessels, נוכחות של אחד או יותר מהממצאים הבאים:  
ד) עקומת Pulse Volume Recorder בקרסול בגובה פחות מ-5 מ"מ;  
ה) Pulsatility Index פחות מ-5 בכף הרגל;  
ו) גל דופלר מונופוזי בכף הרגל;  
ז) Toe Pressure - אינדקס לחץ בוחן - זרוע פחות מ-0.3.  
3) כאשר קיים חשד שהפרעה אינה באה לידי ביטוי במנוחה ביצוע מבחן Reactive Hyperemia, על ידי חסימה קריבנית לשלוש דקות בלחץ על-סיסטולי או מבחן Tip Toeing, ובעקבותיהם רישום של אחד הממצאים הנ"ל לפחות. 70%

אורך גפה תחתונה בס"מ ואחוז הליקוי המתאים		גיל
רמה א' - 80%	רמה ב' - 50%	
40	48	6
41	49	6.5
42	50	7
43	51	7.5
44	52	8
45	53	8.5
46	54	9
47	55	9.5
48	56	10
49	57	10.5
50	58	11
51	60	11.5
52	61	12
53	62	12.5
54	64	13
55	65	13.5
56	66	14
57	68	14.5
58	69	15
59	70	15.5
60	71	16
60	71	16.5
61	72	17
61	72	17.5
61	72	18

לעניין זה, אורך הגפה יימדד מהבליטה הקדמית העליונה של עצם הכסל ועד לפטישון הפנימי של אותה הרגל.

[Ant. Superior Iliac Spine to Med. Malleolous]

**עמוד 5 מתוך 9**

לשימוש לשכת הבריאות

**א. בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות**

הבקשה התקבלה בלשכה ביום \_\_\_\_\_

**אל: משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית ב- \_\_\_\_\_**

אני החתום מטה, שפרטי האישיים מפורטים להלן, מבקש להיבדק לעניין מוגבלות בניידות:

**פרטים על בדיקה רפואית קודמת:**

נבדקתי בעבר לקביעת

מוגבלות בניידות  כן  לא

הבדיקה הנ"ל בוצעה בלשכת הבריאות

המחוזית ב- \_\_\_\_\_

אושפזתי בתאריך: \_\_\_\_\_

בבית חולים: \_\_\_\_\_

במחלקה: \_\_\_\_\_

אני מטופל בסניף הביטוח הלאומי

ב- \_\_\_\_\_

**פרטים על רישיון הנהיגה:**

בעל רישיון נהיגה בר תוקף  כן  לא

אם כן, יש לצרף צילום מרישיון הנהיגה.

פרטים אישיים									
ס"ב									מספר זהות
שם משפחה									
שם פרטי									
שם האב									
תאריך לידה									
כתובת כולל מיקוד									
מספר טלפון בבית									
מספר טלפון נייד									

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

תאריך \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

**ב. חוות דעת הרופא האישי**

הרופא מתבקש למלא חלק זה תוך ציון הסעיף וסוג הליקוי של המבקש, לפי רשימת הליקויים. נא לדייק ברישומים ולהשתדל לכתוב בכתב ברור.

אני, ד"ר \_\_\_\_\_ בדקתי את המבקש \_\_\_\_\_

ומצאתי כי הינו לוקה ב- \_\_\_\_\_

(ציין את הליקוי במלואו)

לדעתי, ליקוי זה הוא סעיף \_\_\_\_\_ המופיע ברשימת הליקויים בעמודים 2 ו-3.

תאריך \_\_\_\_\_ חותמת הרופא וחתימתו \_\_\_\_\_

**ג. למילוי ע"י מזכיר/ת הוועדה הרפואית:**

רצ"ב צילום רישיון נהיגה  כן  לא

זהות הנבדק אומתה בעת הופעתו לוועדה הרפואית לפי  תעודת זהות או  לפי \_\_\_\_\_

ציין את מסמך האימות

על ידי \_\_\_\_\_

שם המאמת

חתימת המאמת

## רשימת ליקויים

% מוגבלות בניידות	% מוגבלות בניידות
80%	<b>א. שיתוקים</b>
50%	הסעיפים המתייחסים לשיתוקים לרונטיים רק אם המאורע שגרם לשיתוק אירע ששה חודשים לפחות לפני הגשת הבקשה
	שיתוק מלא למעשה של שתי השוקיים המלווה שיתוק בגפה תחתונה אחת לפחות של שניים מבין שלושת השרירים הבאים:
80%	1) M. Ileoasoas, M. quadriceps, M. glutaeous maximus
50%	2) שיתוק מלא של גפה תחתונה אחת, מלווה שיתוק של קבוצות שרירים או בשוק או בירך בגפה השנייה.
50%	3) שיתוק מלא למעשה של אחת מהשוקיים מלווה שיתוק של שניים לפחות מבין שלושת השרירים המפורטים בסעיף 1 דלעיל.
40%	4) שיתוק מלא למעשה של שתי השוקיים.
	5) שיתוק מלא למעשה של שוק אחת, מלווה שיתוק של אחד השרירים המפורטים בסעיף 1 דלעיל.
	6) שיתוק חלקי של שרירי גפה תחתונה אחת הגורם להגבלה ניכרת בהפעלת מפרק הירך או הברך (לא מדובר בטווח התנועתיות הפסיבית של המפרק).
	7) א) שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי גפה תחתונה אחת - עם הפרעה בינונית בהליכה.
	ג) 1. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי שתי הגפיים התחתונות - עם הפרעה בינונית בהליכה, או -
	3. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי גפה תחתונה אחת - שעה שהליכה אפשרית בעזרת מכשיר הליכה ארוך בלבד.
	ד) 1. שיתוק ספסטי בדרגה בינונית לפחות או אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות בשרירי שתי הגפיים התחתונות, עם מכשיר ארוך אחד הנלבש על הגפה, או -
	2. שיתוק ספסטי בדרגה קשה בשרירי גפה תחתונה אחת, שעה שהליכה אפשרית רק בעזרת תמיכה או עזרה של אדם נוסף.
	ד) חוסר מלא של כושר תנועה בשתי הגפיים התחתונות כתוצאה מליקויים במערכת העצבים המרכזית, בלוי של אטכסיה או תנועות בלתי רצוניות.
	<b>ב. קטיעות</b>
	1) קטיעה מעל לברך בגפה אחת.
	2) קטיעה מעל לברך בשתי הגפיים.
	3) קטיעה מעל לברך בקרבת פרק הירך עם חוסר אפשרות להתקנת פרוטזה, או קטיעת הגפה דרך מפרק הירך.
	4) קטיעה בשוק.
	5) קטיעה בשתי השוקיים גם יחד.
	6) קטיעת השוק בקרבת הברך וחוסר אפשרות להתקנת פרוטזה להפעלת מפרק הברך.
	7) קטיעת כף הרגל לפי שיטת Pirogoff.
	8) קטיעת שתי כפות הרגליים לפי שיטת Pirogoff.
	9) קטיעה בשתי כפות הרגליים דרך עצמות ה-Tarsus.
	<b>ג. קישיונות</b>
	1) קישיון מוחלט של מפרק הירך.
	2) קישיון דו-צדדי של מפרקי הירכיים.
	3) קישיון הברך במצב של 170° - 180°.
	4) קישיון דו-צדדי של מפרקי הברכיים.
	5) קישיון מפרק הברך במצב של כיפוף גדול יותר או סטייה לצדדים.
	6) קישיון שני מפרקי הברכיים במצב של כיפוף גדול או סטייה לצדדים.
	7) קישיון פרקי הקרסול של שתי הגפיים.
	<b>ד. נקיעות</b>
	1) נקע מלידה במפרק הירך.

## עמוד 7 מתוך 9

ג. כל הממצאים המתאימים לנכות של 70% כמפורט לעיל בתוספת כיבים איסכמיים או נמק. 100%  
קבעה הוועדה כי על המוגבל בניידות להיבדק במעבדת כלי דם לעניין סעיף זה, תקבע את המעבדה או המעבדות שבהן ייבדק המוגבל בניידות.

ט. הפרעות במערכת כלי הלימפה  
1) הפרעות במערכת כלי הלימפה בגוף תחתון אחד הגורמות לאלפנטאיזיס המגבילה במידה ניכרת את התנועתיות במפרק הברך או הירך. 40%  
2) סעיף 1 דלעיל דו-צדדי. 80%

י. מומים מלידה  
מומים מלידה שממציאיהם הרפואיים מקבילים מבחינה אנטומית לאחד הליקויים המפורטים לעיל, יירשמו לענין זה כליקוי עצמו.

יא. קומה נמוכה  
1) מי שמלאו לו 18 שנים ואורך גפיו התחתונות אינו עולה על 61 ס"מ 80%  
2) מי שמלאו לו 18 שנים ואורך גפיו התחתונות אינו עולה על 72 ס"מ 50%  
4) לגבי מי שמלאו לו 6 שנים וטרם מלאו לו 18 שנים - אחוז המוגבלות בניידות יהיה האחוז הנקוב בטבלה הבאה:

ב. 1) כל הממצאים הבאים במצטבר:  
א) צליעה סירוגית בפחות מ-50 מטרים במישור, בקצב הליכה בינוני;  
ב) העדר דפקים בעורקי Dorsalis Pedis ו-Tibialis Posterior;  
ג) אינדקס לחץ דופלר קרסול - זרוע פחות מ-0.4.  
2) כאשר קיים חשד ל- Non-Compressible Vessels, נוכחות של אחד או יותר מהממצאים הבאים:  
ד) עקומת Pulse Volume Recorder בקרסול בגובה פחות מ-5 מ"מ;  
ה) Pulsatility Index פחות מ-5 בכף הרגל;  
ו) גל דופלר מונופוזי בכף הרגל;  
ז) Toe Pressure - אינדקס לחץ בוחן - זרוע פחות מ-0.3.  
3) כאשר קיים חשד שהפרעה אינה באה לידי ביטוי במנוחה ביצוע מבחן Reactive Hyperemia, על ידי חסימה קריבנית לשלוש דקות בלחץ על-סיסטולי או מבחן Tip Toeing, ובעקבותיהם רישום של אחד הממצאים הנ"ל לפחות. 70%

אורך גפה תחתונה בס"מ ואחוז הליקוי המתאים		גיל
רמה א' - 80%	רמה ב' - 50%	
40	48	6
41	49	6.5
42	50	7
43	51	7.5
44	52	8
45	53	8.5
46	54	9
47	55	9.5
48	56	10
49	57	10.5
50	58	11
51	60	11.5
52	61	12
53	62	12.5
54	64	13
55	65	13.5
56	66	14
57	68	14.5
58	69	15
59	70	15.5
60	71	16
60	71	16.5
61	72	17
61	72	17.5
61	72	18

לעניין זה, אורך הגפה יימדד מהבליטה הקדמית העליונה של עצם הכסל ועד לפטישון הפנימי של אותה הרגל.

[Ant. Superior Iliac Spine to Med. Malleolous]

תאריך \_\_\_\_\_

ס"ב מספר זהות

**לתשומת לב:**  
 לשם קבלת הטבות בניידות, עליך להגיש תביעה להטבות בסניף המוסד לביטוח לאומי שבאזור מגוריך.  
 הוועדה רשאית לקבוע אחוזי מוגבלות נמוכים מאלה שנקבעו לך בעבר.

**לכבוד**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

א.ג.נ.

**הנדון: הודעה על ממצאי הבדיקה הרפואית**

- הנני להודיעך כי לאור הבדיקה הרפואית מיום \_\_\_\_\_ סוג הליקוי נכלל ברשימת הליקויים בסעיף \_\_\_\_\_ תחילה מתאריך \_\_\_\_\_
- הינך מרותק לצמיתות לכסא גלגלים  כן  לא
- הינך זקוק לכסא גלגלים ומשתמש בו  כן  לא
- הינך מסוגל ללכת רק בעזרת מכשירים ארוכים על שתי גפיך התחתונות  כן  לא
- סוג הליקוי אינו נכלל ברשימת הליקויים המזכים לעניין גמלת ניידות.  
 רצ"ב העתק מדו"ח הוועדה הרפואית (הפרוטוקול).

זכותך לערער על החלטת הוועדה הרפואית. הערר יישלח בכתב למזכירות ועדת עררים, היחידה לגמלת ניידות, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, ביתן 67 מחוץ לבית החולים תל השומר, מיקוד 52621, תוך 60 יום מיום קבלת הודעה זו. המוסד לביטוח לאומי רשאי גם הוא לערור על החלטה זו, תוך שישים יום מיום קבלת תביעה לגמלת ניידות, או מיום שהמוסד קיבל הודעה בדבר החלטת הוועדה הרפואית - המאוחר מבין השניים.

הוועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר, לבטל או לשנות ההחלטה שבהודעה זו.  
 נא לציין במכתב הערר את שם לשכת הבריאות שבה נבדקת.

בכבוד רב,

חתימת הרופא המוסמך וחותמתו

הנחיות המוסד לביטוח לאומי לנבדק:

- אם סוג מוגבלותך לפי הקביעה לעיל נכלל ברשימת הליקויים, תוכל להגיש תביעה לגמלת ניידות בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב ביותר למקום מגוריך, בכפוף למפורט להלן:
- א. המעוניין בגמלת ניידות יגיש תביעה לגמלת ניידות לסניף המוסד לביטוח לאומי שבאזור מגוריו ויצרף את המסמכים המפורטים בגוף התביעה.
- ב. אם בדעתך לערור על הקביעה הרפואית שלעיל, עליך להגיש את התביעה לגמלה רק לאחר שתיבדק ע"י ועדת עררים ותקבל את תוצאותיה.
- בתנאים מסוימים, הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי תוך חודשיים מיום שליחת תוצאות הבדיקה הרפואית, עשויה לזכות בקצבת ניידות מיום הגשת הבקשה לבדיקה רפואית בלשכת הבריאות.

**לתשומת לב:**

מי שאין בידו רישיון נהיגה בר-תוקף רשאי להגיש תביעה לגמלת ניידות רק אם נקבעו לו 60% מוגבלות בניידות לפחות.  
 מי שאינו מעוניין בהלוואה עומדת לכיסוי מסים, רשאי להגיש תביעה לקצבת ניידות לחסרי רכב.  
 מי שאינו מעוניין בהלוואה עומדת לכיסוי מסים ובעלותו רכב, רשאי להגיש תביעה לקצבת ניידות כבעל רכב.



יישלח למוסד לביטוח לאומי

ימולא ע"י לשכת הבריאות המחוזית ב- \_\_\_\_\_  
 בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות  
**אל: המוסד לביטוח לאומי - סניף** \_\_\_\_\_

כתובת הסניף \_\_\_\_\_

אני החתום מטה, שפרטי האישיים מפורטים להלן, מבקש להיבדק לעניין מוגבלות בניידות:

**פרטים על בדיקה רפואית קודמת:**

נבדקתי בעבר לקביעת מוגבלות בניידות  כן  לא  
 הבדיקה הני"ל בוצעה בלשכת הבריאות המחוזית ב- \_\_\_\_\_  
 אושפזתי בתאריך: \_\_\_\_\_  
 בבית חולים: \_\_\_\_\_  
 במחלקה: \_\_\_\_\_  
 אני מטופל בסניף הביטוח הלאומי ב- \_\_\_\_\_

**פרטים על רישיון הנהיגה:**

בעל רישיון נהיגה בר תוקף  כן  לא  
 אם כן, יש לצרף צילום מרישיון הנהיגה.

חתימה \_\_\_\_\_

פרטים אישיים									
ס"ב									מספר זהות
שם משפחה									
שם פרטי									
שם האב									
תאריך לידה									
כתובת כולל מיקוד									
מספר טלפון בבית									
מספר טלפון נייד									

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

תאריך \_\_\_\_\_

הבקשה הוגשה בתאריך \_\_\_\_\_

הני"ל נבדק בלשכתנו ביום \_\_\_\_\_ ונמצא כי:

סוג הליקוי נכלל ברשימת הליקויים בסעיף/ים \_\_\_\_\_ ונקבע ליקוי בשיעור % \_\_\_\_\_.

תחילה מתאריך \_\_\_\_\_  לא ניתן לקבוע תחילה

לצמיתות  כן  לא

הני"ל מרותק לצמיתות לכסא גלגלים  כן  לא

הני"ל זקוק לכסא גלגלים ומשתמש בו  כן  לא

הני"ל מסוגל ללכת רק בעזרת מכשירים אורתופדיים ארוכים על שתי גפיו התחתונות  כן  לא

סוג הליקוי אינו נכלל ברשימת הליקויים המזכים לעניין גמלת ניידות.

תאריך משלוח תוצאות הבדיקה למוסד לביטוח לאומי: \_\_\_\_\_