



טופס פניה לביטוח לאומי

■ מס הכנסה ■ נכות כללית ■ שירותים מיוחדים

אל: הרופא המטפל

אנו מבקשים למלא טופס רפואי לחולה שבטיפולך בכדי להקל עליו למצות את זכויותיו בביטוח הלאומי. מטרת הטופס היא להקל על תהליך קביעת הנכות הרפואית במוסד לביטוח לאומי. מילוי נכון ומלא של הטופס, יוכל לפשט את קבלת ההחלטה של המוסד לביטוח לאומי לגבי ביטוח נכות, לגבי הערכת נכות לצורך פטור ממס הכנסה ולגבי שירותים מיוחדים.

מכון אונקולוגי: _____ תאריך מילוי הטופס: _____ טלפון המכון: _____

שם החולה: _____ ת.ז.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 טלפון נבדק: _____

תאריך לידה: _____

האבחנה: _____

תאריך האבחנה: _____

בטיפול אונקולוגי (בבית חולים) _____ מיום _____

אבחנות נוספות:

1. _____ מיום _____

2. _____ מיום _____

3. _____ מיום _____

סיכום קצר של תהליך המחלה (כולל פירוט ניתוחים) _____



טיפול רפואי קודם ותקופת הטיפול (תאריכים): _____

סוג הטיפולים: ■ כימותרפיה ■ רדיותרפיה ■ טיפול הורמונלי ■ אחר, _____
פרט: _____

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי: _____

פרטי הטיפול _____ תדירות הטיפול _____ משך זמן משוער של כל טיפול _____

פרטי הטיפול _____ תדירות הטיפול _____ משך זמן משוער של כל טיפול _____

פרטי הטיפול _____ תדירות הטיפול _____ משך זמן משוער של כל טיפול _____

- ☒ Navelbine=vinorelbine
- ☒ Etoposide
- ☒ Anthracyclines=adrimycin, doxorubicin, epirubicin, liposomal doxorubicin=dotil/myocet
- ☒ Platinum derivatives=ciplatin,carboplatin,oxaliplatin
- ☒ Taxanes=taxol,taxoter,nab-paclitael
- ☒ Yondelis
- ☒ Cyclophosphamide,imfosfamide
- ☒ Topotecan,irinotecan
- ☒ Dacarbazine,DTIC
- ☒ ADRIABLASTINA
- ☒ DOXORUBICIN
- ☒ DOXIL
- ☒ MYOCET
- ☒ EPIRUBICIN
- ☒ FARMORUBICIN
- ☒ LIPOSOMAL
- ☒ ENDOXAN
- ☒ DACINE
- ☒ DETICENE



- ❑ DTIC/ DACARBAZINE
- ❑ ETOPOSIDE
- ❑ IFOXAN
- ❑ CAMPTO IRINOMED
- ❑ CISPLATIN
- ❑ ABIPLATIN
- ❑ CARBOPLATIN
- ❑ PARAPLATIN
- ❑ ELOXATIN
- ❑ OXALIPLATIN
- ❑ JEVTANA
- ❑ PACLITAXEL/ABRAXANE /
- ❑ PACLIAVENIR/NABPACLITAXEL
- ❑ EBETAXEL
- ❑ MEDIXEL
- ❑ BIOTAX
- ❑ DOCETAXEL
- ❑ TAXOTERE
- ❑ HYCAMTIN
- ❑ TOPOTECAN
- ❑ POTACTASOL
- ❑ YONDELIS
- ❑ VINOURELBINE /
- ❑ NAVELBINE
- ❑ TEMODAL
- ❑ TEMODAR
- ❑ GEMCITABINE
- ❑ GEMZAR
- ❑ MEDITABINE
- ❑ VIMPAT
- ❑ -5FU
- ❑ FLUROCIL
- ❑ XELODA
- ❑ YERVOY
- ❑ KEYRUDA
- ❑ OPDIVO
- ❑ ERIBULIN
- ❑ IXEMPRA
- ❑ TDM-I



חלק זה ימולא על ידי הרופא במידה והחולה תלוי בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום יום (שירותים מיוחדים)

פעולות יום יום - מתוך היכרותך עם החולה ומצבו התפקודי, סמן הסעיפים הבאים :

ניידות :

■ עצמאי ■ זקוק לסיוע מועט זקוק ■ זקוק לסיוע במידה רבה ■ תלוי לחלוטין בעזרת הזולת

הלבשה :

■ עצמאי ■ זקוק לסיוע מועט זקוק ■ זקוק לסיוע במידה רבה ■ תלוי לחלוטין בעזרת הזולת

רחצה :

■ עצמאי ■ זקוק לסיוע מועט זקוק ■ זקוק לסיוע במידה רבה ■ תלוי לחלוטין בעזרת הזולת

אכילה :

■ עצמאי ■ זקוק לסיוע מועט זקוק ■ זקוק לסיוע במידה רבה ■ תלוי לחלוטין בעזרת הזולת

הפרשות :

■ עצמאי ■ זקוק לסיוע מועט זקוק ■ זקוק לסיוע במידה רבה ■ תלוי לחלוטין בעזרת הזולת

השגחה והתמצאות :

השגחה ופיקוח על החולה, למניעת סכנת חיים לעצמו ולאחרים, הבנה והתמצאות הנבדק בזמן ובמקום.

■ זקוק להשגחה בהתאם להגדרה שלעיל ■ אינו זקוק להשגחה בהתאם להגדרה שלעיל

הערות:

חתימת הרופא: _____

תאריך: _____

חותמת: _____

