טופס פניה לביטוח לאומי

☐ מס הכנסה ☐ נכות כללית ☐ שירותים מיוחדים ☐ סיעוד

אל: הרופא המטפל

אנו מבקשים למלא טופס רפואי לחולה שבטיפולך כדי להקל עליו למצות את זכויותיו בביטוח הלאומי. מטרת הטופס היא לפשט במוסד לביטוח לאומי את תהליכי קביעת הנכות הרפואית או הערכת המצב התפקודי של החולה.
מילוי נכון ומלא של הטופס, יפשט את התהליכים הנ"ל, לזכאים לגמלת נכות, לגמלת שירותים מיוחדים, לגמלת סיעוד או לצורך פטור ממס הכנסה והטבות אחרות*.

*הכתוב מנוסח בלשון זכר, אך מתייחס לנשים וגברים כאחד

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_____

שם גנרי (לפי A B C)	שם מסחרי
Bendamustine	**Ribomustin**
Bleomycin	**Bleomycin**
cabazitaxel	**Jevtana**
Capecitabine	**Xeloda**
Carboplatin	**Paraplatin**
Cisplatin	**Cisplatin**
Cladribine	**Mavenclad**
Cyclophosphamide	**Endoxan**
Cytarabine / Cytosin-Arabinoside	**Cytosar-U**
Dacarbazine (DTIC)	**Dacarbazine (DTIC)**
Decitabine	**Dacogen**
Docetaxel	**Taxotere**
Doxorubicin Hydrochloride	**Adriamycin**
Lyposomal doxorubicin	**Doxyl, Caelyx, Myocet**

שם גנרי (לפי A B C)	שם מסחרי
Epirubicin	Pharmorubicin
Eribulin Mesylate	Halaven
Etoposide	Vepesid
Fludarabine	Fludara
Fluorouracil - 5FU	Fluorouracil - 5FU
Gemcitabine	Gemzar
Ifosfamide	Mitoxana,Ifoxan
Ipilimumab	Yervoy
Irinotecan/CPT-11	Camptosar
Midostaurin	Rydapt
Methotrexate	Methotrexate
Mitomycin	Mitomycin
Oxaliplatin	Eloxatin
Paclitaxel	Taxol
Paclitaxel Albumin-Bound	Abraxane
Pemetrexed	Alimta
Pralatrexate	Difolta
Procarbazine	Natulan
Romidepsin	Istodax
Streptozocin	Zanosar
Temozolomide	Temodal
Thiotepa	Thiotepa
Topotecan	Hycamtin
Trabectedin	Yondelis
Trastuzumab Emtansine	Kadcyla
Vinblastine	Velbe, Velban
Vincristine	Vincristine
Vinorelbine	Navelabine

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 לסיוע במידה רבה ☐ תלוי לחלוטין בעזרת הזולת

הלבשה : _____

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

רחצה : _____

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

אכילה : _____

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

הפרשות : _____

☐ עצמאי ☐ זקוק לסיוע מועט ☐ 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 : _____