



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי תאונה

נספח א'

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

קופת חולים _____
מחוז _____ סניף _____

I פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	תאריך לידה שנה חודש יום	מין זכר ☐ נקבה ☐
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד				
תאריך תאונה שנה חודש יום	מקום התאונה		שעת התאונה	
הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך שנה חודש יום	בשעה	מעמד ביום התאונה: ☐ עובד שכיר ☐ עובד עצמאי ☐ עקרת בית ☐ אחר, פרט: _____		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד				

II למילוי ע"י הרופא

מקצוע / משלח יד _____
תיאור התאונה לפי דברי הנפגע _____
פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול _____
הממצא הקליני _____
צילומי רנטגן נעשו במכון _____ ביום _____ הממצא _____
האבחנה _____
הטיפול שנתנו לנפגע _____
הערות ופרטים נוספים _____

☐ עובד שכיר ועובד עצמאי
לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך _____ ימים;
היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל כתוצאה מהתאונה.

☐ עקרת בית
כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.

☐ אינו עובד ואינו עובד עצמאי
כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז או מרותק לביתו במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.

תאריך מתן התעודה _____ שם הרופא החותם _____ חתימת הרופא / השירות הרפואי המוסמך _____