

שאלון

1. אנא פרטי את שמות בני משפחתך (הורים אחים/אחיות/אחים/יות למחצה) תוך פירוט שמם המלא, תאריכי לידה ועיסוקם.
2. אילו טיפולים רפואיים ניתנים לך היום ואילו תרופות את נוטלת.
3. אנא פרטי את הוצאותיך בגין הטיפולים השונים תוך צירוף קבלות/אסמכתאות.
4. אנא פרטי את שמות הרופאים אשר טיפלו בך בעבר ומטפלים בך היום – רשימה של שמות הרופאים ותחומי התמחותם הן בקהילה והן במסגרת פרטית.
5. האם עברת תאונות בעבר?
אם כן –
באילו תאריכים? מה טיב הפגיעה? האם נקבעו נכויות?
6. האם הגשת תביעות בגין נזקי גוף –
אם כן – אנא צייני פרטי הליך ואת מהות התביעות ותוצאותיהן.
7. אנא פרטי את הטיפולים האסתטיים, לרבות ניתוחים אותם ביצעת עובר לטיפול מושא התביעה- פירוט סוג הטיפול, מטרתו, ע"י מי בוצע והיכן – לרבות טיפולים אשר בוצעו בחו"ל/שטחי הרשות הפלשתינית תוך ציון תקופת השהות פרטי המקום בו בוצע הטיפול וסוג הטיפול.
8. האם טופלת ע"י פסיכיאטר/פסיכולוג? אם כן – אנא פרטי מתי וע"י מי וסיבת הפניה.
9. פרטי מוסדות הלימוד בהם למדת תוך פירוט שם המוסד ותקופת הלימודים לרבות הכשרות והסמכות תוך צירוף תעודות/אישורים ככל וניתנו.
10. אנא פרטי את כל מקומות העבודה, תקופת העבודה והתפקיד – אנא צרפי תלוש שכר אחרון מכל מקום עבודה ודו"ח הכנסות עוסק זעיר/דו"ח שומה.
11. אנא פרטי את עיסוקך עובר לאירוע מושא התביעה ואת עיסוקך לאחריו תוך פירוט הכנסותיך.
12. אנא פרטי את מספר הפעמים בהם יצאת את הארץ תוך ציון היעד והתקופה ב-10 השנים האחרונות.
13. אנא פרטי נתוני שכר מלאים של תקופה בת 3 שנים עובר לאירוע מושא התביעה ולאחריו.
14. האם שירתת בצבא – אם כן אנא פרטי תקופה, תפקיד.
15. האם פנית בתביעות למוסד לביטוח לאומי – אם כן – אנא פרטי אילו תביעות תוך צירוף החלטות/פרוטוקולים/פירוט תגמולים.
16. אנא צרפי את פירוט הדיווחים לרשויות המיסים ב-5 השנים האחרונות.