

תאריך: 15/06/2025

מכבי שירותי בריאות

דר' מיכאל רגנבוגן

עיניים רשתית

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

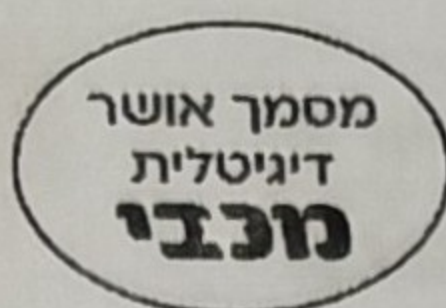
מ.ר גורם מפנה



0024154593



034577



קוד הפניה: 439180857

טלפון: 5422400

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56597321

שם פרטי: בנימין

שם משפחה: פנחס

טל.עבודה/נייד: 0506687728

טלפון: 099505596

מין: ז

ת.לידה: 11/09/1960



0056597321

מיקוד: 4631004

כתובת: יסוד המעלה 4, הרצליה

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 15/06/2025 בשעה: 17:27

סוג מיון: מיון עיניים

תלונות: בן 64

מפר וייסבורד- גלאוקומה מתקדמת קשה
עבר גם בירור נאורוחגי לשלול נאורופתיה אחרת.
פר וייסבורד איבחן חור היקפי שעה 7 משמא

בבדיקה:

6/60 בכל עין

13/14

BE

לחמית שקטה

קרנית שקופה וללא ממצא פתולוגי בצביעה

לשכה ע"צ

קשתית שלמה

אישון ע"מ וללא RAPD מעל 8 מ"מ

עדשה NS קל

זגוגית FLOATERS

דיסקה 0.95 ללא דמם

מקולה שמורה

היקף מימין - צמוד, לא ניצפו קרעים/חורים/דימומים/נגעים מורמים, משמאל יש קרע דמוי פרסה שעה 6-7 גם שוליים מורמים וללא דמם.

תוכנית:

מופנה באופן דחוף למיון עיניים לצורך ביצוע LASER RETINOPEXY משמאל

הרחבת אישונים



אבחנות:

- GLAUCOMA UNS Bi-Lateral
- RETINAL TEAR Left

בעיות ידועות:

- CORONARY ANGIOGRAPHY (05/2014) normal
- NON SUSTAINED VENTRICULAR TACHYCARDIA (05/2014)
- CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE UNS (05/2025)
- OSTEOARTHRITIS LOCALIZED PRIMARY (06/2024)
- GLAUCOMA OPEN ANGLE (08/2019)

תרופות קבועות:

- BIMATOPROST S.K. 0.3MG/ML 1X1X90
- AZARGA 5ML 1X2X30
- METHAZOLAMIDE 50MG X 100 1X2X30
- MICROPIRIN 100MG X 30 1X1X90
- KETOZOL SHAMPOO 100ML 1X1X90
- CARDILOC 5MG X 30 1X1X90

מעשנות: לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך: טיפול לייזר רשתית דחוף משמאל

תאריך: 15/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0024154593



034577



קוד הפניה: 439180857

טלפון: 5422400

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

ד"ר מיכאל רגנבוגן

עיניים רשתית

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56597321

שם פרטי: בנימין

שם משפחה: פנחס

טל.עבודה/נייד: 0506687728

099505596

טלפון:

מין: ז

11/09/1960

ת.לידה:

מיקוד 4631004

יסוד המעלה 4, הרצליה

כתובת:



0056597321

חדר מיון

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה **

תוקף הפניה זו לתאריך 16/06/2025 בשעה 17:27

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

15/06/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חבר מכבי, יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות

מדינת ישראל / משרד הרווחה והשירותים החברתיים
אגף השיקום - השירות לעיוור

בקשה לתעודת עיוור / לקוי ראייה
(כולל דמי ליווי)

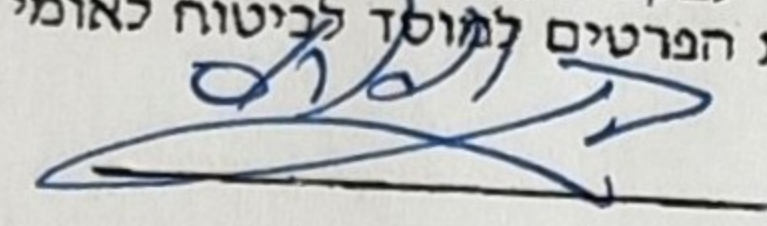
את הטופס יש לשלוח לדוא"ל: **t.aleh@bezeqint.net**
או לפקס מס': **1533-6785090**

יש למלא את הטופס בכתב יד קריא וברור

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	זכר ☒ נקבה ☐	מצב משפחתי ר / ג / א	שנת לידה	שנת עלייה
בן	אמיר	056597321		ר / ג / א	1960	
כתובת	מספר	שם ישוב	מיקוד	מס' טלפון	טלפון נייד	
נס 3 האלה	4	הישוב	728	050-6687	052-4617481	

מס' תעודת עיוור (אם יש)	☐	נבדק על ידי ביטוח לאומי / בדיקת עיניים עובד	☐	חוסה במוסד רשיון נהיגה בתוקף	☐
מוכרת כנפגע עבודה / נפגע פעולות איבה	☐	לא ☐ כן ☐	לא ☐ כן ☐	לא ☐ כן ☐	לא ☐ כן ☐
מוכרת על ידי משרד הביטחון כנכה צה"ל	☐	לא ☐ כן ☐	לא ☐ כן ☐	לא ☐ כן ☐	לא ☐ כן ☐
מהות הבקשה: תעודת עיוור ☒ דמי ליווי ☐ ביטול תעודת עיוור ☐					

הצהרת הפונה / ויתור על סודיות רפואית:
הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, ומתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי בפרטים שמסרתי תוך 10 ימים מהשינוי. ידוע לי שאם מסרתי פרטים כוזבים, אני צפוי/ה לעונשים ולביטול התעודה. הנני מוכן/ה מרצוני החופשי לוותר על זכות הסודיות שהדין מעניק לעניין המידע הרפואי ואודותיי ומסכים/ה ומרשה בזה לשירות לעיוור לבקש ולקבל פרטים ומסמכים אודות מצבי הרפואי מכל גורם, לצורך קביעת זכאותי לתעודה זו. כמו כן, אני מאשר העברת הפרטים למוסד לביטוח לאומי לצורך קביעת זכאות לקצבת נכות כללית, קצבת שירותים מיוחדים וקצבת ילד נכה.

תאריך: 15.6.2025
חתימת הפונה: 
הצהרת העד/ה: לאחר שהקראתי את תוכנה המלא והמדויק באזני החותם/ת, אני מאשר/ת כי הצהרה זו נחתמה בנוכחותי ביום _____, לאחר שהקראתי את תוכנה המלא והמדויק באזני החותם/ת.
חתימת העד/ה: _____
פרטי העד/ה לחתימה: שם פרטי _____ שם משפחה _____

ב. **בדיקה רפואית** (חלק זה ימולא ע"י רופא מומחה למחלות עיניים, בהתאם לפקודת הרופאים 1974, תקנת המתעסקים ברפואה (אישור תואר מומחה) תשכ"ד 1964)
נא לציין: ☒ גורם עיקרי לעיוורון V ממצא אחר ☒ עיוורון מטרואמה

לשימוש משרדי בלבד							
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין
GLAUCOMA				חדות ראייה			
+	+			א. אין תחושה לאור			
				ב. תנועת יד			
				ג. עד 1/60			
				ד. עד 3/60			
				ה. מעל 3/60 פרוט			
				שדה ראייה צרף תרשים			
				א. עד 10 מעלות			
				ב. מעל 10 מעלות ועד 20 מעלות			
				ג. מעל 20 מעלות			
RETINA & VITREOUS				EYEBALL			
				1 Phthisis			
				2 Anophthalmos			
				3 Microphthalmos			
				4 Albinism			
				5 Nystagmus			
				6 Amblyopia			
				UVEAL TRACT			
				7 Uveitis			
				8 Other: פירוט			
OPTIC NERVE & PATHWAYS				CORNEA & SCLERA			
				9 Central Opacity			
				10 Keratoconus			
				11 Other: פירוט			
				OTHER DIAGNOSIS			
				31			

תאריך בדיקה: 15/6/25
מס' טל: _____
חתימה וחתימת הרופא: _____
חתימה וחתימת הרפואי תל-אביב
29911 ת.ד.מ. 34577

תאריך: _____
שם: _____
חתימה: _____
חותמת: _____

הערות:

אזהרה: טופס זה מכיל מידע מגן לפי חוק הגנת הפרטיות - מוסרו שלא כדין עובר עבירה



מדינת ישראל
משרד הרווחה
אגף השיקום



השירות לעיוור

תדריך להגשת בקשה לתעודת עיוור/ליקוי ראייה

מאובטחין

טיפול אמין, יעיל ומהיר בבקשתך לזכאות לתעודת עיוור.

מטרת השירות לעיוור

הבאת העיוור וליקוי הראייה לתיפקוד אופטימלי בתחון האיש, המשפחתי, התעסוקתי והחברתי, בכדי לאפשר לו להשתלב בחברה.

גורמי ציווי מקנה

- ✓ זכאות לשירותי שיקום.
- ✓ זכאות לסיוע חומרי.

הגדרת זכאות לגורמי ציווי/ליקוי ראייה

- ☐ העדר ראייה מוחלט.
- ☐ חדות ראייה מירבית 3/60 מטר בעין הבריאה ביותר אף בעזרת משקפיים.
- ☐ צמצום שדה הראייה כך שזווית הראייה המירבית אינה עולה על 20 מעלות בעין הבריאה ביותר אף בעזרת משקפיים.

כיצד מקבלים גורמי ציווי

- ☐ פונים לקבלת טופס לבדיקת זכאות. ניתן לקבלו במקומות הבאים: מחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, מרפאות עיניים בבתי חולים, אגודות למען העיוור, מרכזי שיקום, תחנות שייל (שירות יעוץ לאזרח), מרש"לים ובאתר האינטרנט של המשרד: www.molsa.gov.il
 - ☐ פונים לבדיקת עיניים אצל רופא עיניים ומקבלים את תוצאות בדיקתו על טופס.
 - ☐ ניגשים למחלקה לשירותים חברתיים במקום המגורים עם הטופס ובליווי תעודת זהות, צילום תעודת הזהות ותמונת הפספורט (בחלק האחורי של התמונה יש לכתוב שם ומספר ת.ז.).
 - ☐ זימון לבדיקת עיניים אצל רופא מומחה.
 - ☐ תשובה תנתן באמצעות המחלקה לשירותים חברתיים הקרובה למקום מגורך.
- הערה: הטיפול נמשך כשלושה חודשים.

קבלת מידע נוסף

לקבלת מידע נוסף פנה למחלקה לשירותים חברתיים הקרובה למקום מגורך או לשירות לעיוור בלשכות המחוזיות של משרד הרווחה:
צפון: 04-8619456, מרכז: 03-56125506, ירושלים: 02-5650111, דרום: 08-6264900