



קופת חולים _____
מחוז _____ סניף _____

פרטי הנפגע

I

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס	תאריך לידה שנה חודש יום	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
----------	---------	------------------	----------------------------	--

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: <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
---	------	--

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

למילוי ע"י הרופא

II

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 _____