**מדינת ישראל**
משרד הביטחון / אגף השיקום

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

מספר תיק:

## בקשה לבדיקה חוזרת ע"י ועדה רפואית

הבקשה לוועדה רפואית חוזרת תוגש לפחות חצי שנה לאחר הבדיקה האחרונה.
בדרך כלל הוועדה תדון רק על נושאים המבוקשים אך בקביעתה מחדש דרגת הנכות רשאית היא לדון על כל מרכיביה. טופס זה איננו משמש כבקשה לדון על נכות לא מוכרת פרט לנכות מוסבת לפי תקנה 9.
לטופס זה יש לצרף אישורים רפואיים ותוצאות בדיקות עזר **מעודכנים**, אין לצרף חומר רפואי ישן שנמצא בתיק. את התיאור של הבעיה הרפואית יש לרשום בקצרה בלבד.

### חלק א' - פרטי המבקש

| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| מען – עיר | רחוב | בית | דירה | מיקוד | | | | | | טלפון |
| | | | | | | | | | | |

### חלק ב' - אל יושב ראש ועדה רפואית

תלונות עיקריות ונימוקי הבקשה:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

מקום בגוף , מערכת, בעיה שאני מבקש/ת לבדוק:

_____

_____

פירוט ההחמרה – במה ההבדל בהשוואה למצבי הקודם:

_____

_____

_____

רצ"ב תיעוד רפואי: _____

### חלק ג' - אל קצין תגמולים

נא להזמין אותי לבדיקה חוזרת בוועדה רפואית. סיבת הבדיקה המבוקשת:

☐ החמרת הפגיעה המוכרת

☐ נכות נוספת שנובעת באופן בלתי אמצעי מנכות (פגימה) המוכרת (תקנה 9).

תאריך: _____ חתימה: _____