

הפניה לוועדת שיקום אזורית

להלן הנחיות להפניה לוועדת שיקום. יש להקפיד על קריאת ומלוי כל ההנחיות.

ההפניה תכלול את הטפסים הבאים:

- ❖ צילום ת.ז.
- ❖ פרטים אישיים (עמוד 2)
- ❖ דו"ח רפואי, ימולא ע"י הפסיכיאטר המטפל. נא לצרף סיכום מחלה. (עמוד 3-5)
- ❖ דו"ח סיעודי, לפניות מאשפוז בלבד (עמוד 6-7)
- ❖ סיכום פסיכוסוציאלי, ימולא ע"י הגורם המטפל. (עמוד 8-10)
- ❖ הערכה תפקודית. רצוי לצרף אבחונים רלבנטיים. (עמוד 11-12)
- ❖ סיכום ונימוק המלצות הפונה והגורם המפנה. (עמוד 13-14)
- ❖ דיווח ממחלקת השיקום של הביטוח הלאומי (עמוד 20, ממולא וחתום ע"י ביטוח לאומי)
- ❖ דיווח קביעת נכות, אחוזי נכות וסעיפי הנכות (עמוד 21, ממולא וחתום ע"י ביטוח לאומי)
- ❖ טופס ויתור סודיות חתום. (עמוד 15)

יש לצרף

- ❖ יש לצרף כל מסמך המאפשר הכרות נוספת את הפונה כגון: דו"ח מלשכות רווחה, או ממסגרות שיקומיות בעבר ובהווה. כתב מינוי אפוסטרופוסות, אישור קנביס רפואי אם יש
- ❖ להפניה לדיור: אישור זכאות לסיוע בשכ"ד מטעם משרד השיכון, או התחייבות לתשלום שכ"ד ממקורות אחרים. במידה ועדין אין אישור, יש לצרף צלום של בקשה למשרד השיכון.

לתשומת לבכם

- ❖ יש למלא את כל הסעיפים בטפסים. הפניה לא מלאה או לא ברורה לא תובא לדיון לוועדת שיקום, עד השלמת הטפסים.
- ❖ על הפונה לצרף לפניה צילום תעודת זהות. ללא צילום ת.ז. הפניה לא תובא לדיון.
- ❖ יש לצרף להפניה צילום של מנוי אפוסטרופוסות. (כאשר יש אפוסטרופוס)
- ❖ את עמודים 17-18 יש לשלוח למוסד לביטוח לאומי. את הטפסים המלאים יש לצרף בעת הגשת הפניה.
- ❖ לוועדת שיקום תוזמן גם משפחת הפונה (חוץ מבמקרה שהוא מתנגד).
- ❖ הצרכים הדנטלים של פונים לוועדות שיקום מתוך אשפוז ממושך של יותר משנתיים הם באחריות של המרכז לבריאות הנפש הפונה, ואינם זכאים לשירות זה דרך סל שיקום.

על הגורם המפנה לשמור העתק של ההפניה, כולל כל הטפסים.



פרטים אישיים

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

שם האב	שם האם	גיל	גיל
מקצוע	מקצוע		
מספר	מיקוד	טלפון	ישוב

מין	זכר	נקבה	שנת לידה
אריך לידה	שנת עליה		
זכאות לסיוע משרד השיכון	זכאות לסיוע משרד השיכון	הוגשה בקשה למשרד השיכון	כן / לא
סיבה להעדר אישור זכאות			

מגורים נוכחיים	מצב משפחתי	ילדים	השכלה (סמן את כל האפשרויות)	שירות צבאי
1 עזמאי / לבד	10 רווק	מתחת לגיל 18	1 יסודית	1 מלא - מתאריך
2 עם משפחה	20 נשוי	מעל גיל 18	2 תיכונית	2 חלקי
3 עם בן/בת זוג	21 נשוי/נפרד	סה"כ	3 על תיכונית (לא אקדמאית)	3 מס' חודשים
4 דיור לוויין	30 גרוש		4 אקדמאית	4 מילואים כיום?
5 דיור מוגן רגיל	40 אלמן		5 קורס מקצועי	כן לא
6 ד. מוגן מתוגבר	99 לא ידוע		6 ישיבה	
7 הוסטל רגיל			7 חסר השכלה	
8 הוסטל מתוגבר			סה"כ שנות לימוד	
9 הוסטל לצעירים				
10 הוסטל כוללני				
11 אשפוז				
12 חסר דיור				

ביטוח לאומי	הופנה למחלקת שיקום ביטוח לאומי	הכנסות הפונה	מקבל הקצבה / אפטרופוס	אפטרופוס
תאריך קביעת נכות / /	כן / לא	סה"כ הכנסת הפונה (לחודש נטו)	שם	1 אין
% נכות לפי סעיף 33		מקורות פרנסה אחרים	כתובת	2 קטין
% נכות לפי סעיף 34		נכסים בבעלות הפונה	טלפון	3 לגופו
סה"כ % נכות נפשית		קצבת שר"מ	סוג קירבה	4 לרכוש
זמנית / קבועה	כן / לא	%		5 לגופו ורכוש
				6 בתהליך מינוי

בזמן ההפניה לוועדת שיקום מחוזית הפונה: (סמן בעיגול) מאושפז (כולל אשפוז יום) בקהילה

שם וסוג היחידה המפנה	שם ממלא הטופס	מספר פלאפון	מקום עבודה	טלפון עבודה	דוא"ל
		תפקיד	מס' פקס	תאריך מילוי הטופס	

חברות בקופ"ח	1 כללית
	2 לאומית
	3 מכבי
	4 מאוחדת
	5 שילוח
	6 צה"ל
	7 אחר
	8 אין ביטוח
	9 לא ידוע



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

למילוי ע"י הפסיכיאטר המטפל. יש לצרף גם סיכום מחלה.

1. תולדות המחלה

2. אבחנה (במלים לטיניות ומס' לפי ICD - 10)

--	--	--	--	--	--

3. אשפוזים : (אשפוז מלא)

❖ סה"כ מספר אשפוזים _____

❖ תאריך אשפוז ראשון _____ משך האשפוז _____ בית חולים _____

❖ תאריך אשפוז אחרון _____ משך האשפוז _____ בית חולים _____

❖ אורך האשפוז הנוכחי במידה והפונה מאושפז בזמן הפניה _____

- | | |
|--|--------|
| 4א. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי בצו אשפוז ? | כן/ לא |
| 4ב. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי בהוראת אשפוז ? | כן/ לא |
| 4ג. האם המטופל היה מאושפז בעבר בצו אשפוז ? | כן/ לא |
| 4ד. האם המטופל היה מאושפז בעבר בהוראת אשפוז ? | כן/ לא |
| 4ה. האם המטופל שהה במחלקה סגורה בשנתיים האחרונות ? | כן/ לא |

אם התשובה חיובית באחת או יותר מהאפשרויות, יש לפרט סיבות האשפוז הכפוי, מספר האשפוזים הכפויים, ומשך זמן האשפוזים הכפויים.

5. שם המסגרת הנוכחית לטיפול ולמעקב תרופתי

6. א. הרכב התרופות הפסיכיאטריות שהפונה מקבל, נכון לתאריך כתיבת דו"ח זה.



ב6. האם ידוע לך על בעיות מיוחדות בקשר לטיפול תרופתי, תופעות לוואי, רגישות בעבר, או בזמן שהפונה בטיפולך ?

ג6. האם הפונה עצמאי בלקיחת תרופות ?

כן	לא	הולך לבדו לקבל מרשם
כן	לא	נוטל תרופות באופן סדיר בלי תזכורת
כן	לא	האם הפונה צריך השגחה בנטילת תרופות
כן	לא	האם הפונה מכיר את התרופות שהוא לוקח

ד6. האם קיימת התמכרות לתרופות ?

7. האם הפונה מגיע באופן סדיר לפגישות המעקב ? באיזו תדירות ? באיזו מידה משתף פעולה ?

8. א. האם ידוע לך על שימוש בסמים או אלכוהול ?

ב. אם כן, אילו סמים ?

ג. תדירות השימוש ?

ד. כמות ?

ה. מתי הפונה השתמש בסמים או אלכוהול לאחרונה ?

ו. האם היו נסיונות לגמילה

9. האם בחצי השנה האחרונה היו התפרצויות של אלימות פיזית או מילולית ? אם כן נא לפרט

10. האם היו ניסיונות אובדניים בעבר ? אם כן, מתי, ובאיזה אופן ?

11. האם ידוע לך על מחשבות אובדניות



12. מהם הסימנים המקדימים להידרדרות במצב הנפשי?

13. האם יש תופעות רגרסיביות והתנהגויות חריגות אופייניות?

14. האם הפונה סובל ממחלות גופניות, מדבקות או אחרות (כינמת, היפטיטיס A,B,C, סקאביאס, AIDS, שחפת פעילה, מחלות מין) וזקוק לטיפול/תרופות? פרט. נא לצרף כל סיכום מחלה ו/או בדיקות רלוונטיות למצב הפיזי של הפונה. כמו כן פרט אם יש מסגרות רפואיות אחרות שהפונה מטופל בהן.

15. סטאטוס פסיכיאטרי נוכחי:

16. אם הפונה זקוק לטיפול דנטלי, נא למלא את הטופס לטיפול דנטלי

שם הרופא:	חתימה + חותמת
מקום עבודה	
מספר טלפון	תאריך מילוי הטופס



דו"ח סיעודי (רק למאושפז/ת)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

דו"ח סיעודי ימולא רק במידה והפונה נמצא במסגרת אשפוז בזמן ההפניה

ניידות

- ☐ הולך חופשי ללא סיוע מכשירים או אדם
☐ נע בעזרת מכשיר (מקל/הליכון/כסא גלגלים)

הלבשה

- ☐ עצמאית
☐ זקוק לסיוע קל (הנעלה , כיפתור)
☐ זקוק לסיוע, או דרבון, או עזרה מלאה בהחלפה ובחירה של לבוש נקי ותואם

אכילה

- ☐ עצמאית
☐ באופן אסתטי
☐ רגיל לאכול בכל ארוחה ?
☐ הרגלי אכילה מיוחדים ?
☐ פרט

רחצה

- ☐ עצמאית
☐ זקוק לעזרה חלקית, דרבון והדרכה בביצוע, כולל גילוח או חפיפה
☐ תלות מלאה ברחצה ; זקוק לעזרה פיזית ונוכחות ברחצה

שליטה על סוגרים

- ☐ מלאה
☐ חלקית ; שלפוחית מעיים
☐ ללא שליטה

קשר עם הסביבה

- ☐ מדבר/ת רגיל
☐ דובר עברית כן לא אם לא איזו שפה מדבר ו/או מבין
☐ אינו מדבר בצורה שוטפת
☐ אינו מדבר בצורה ברורה
☐ יוזם קשר עם מטופלים אחרים
☐ הפונה נעזר בצוות. פרט
☐ האם הפונה משתתף בקבוצות במחלקה ? פרט



ראיה

- ☐ תקינה
- ☐ זקוק למשקפים
- ☐ סיבות הגורמות לליקוי כלשהו בראיה (גלוקמה, עיוורון מסכרת וכו')

שמיעה

- ☐ תקינה
- ☐ חרש
- ☐ כבד שמיעה
- משתמש במכשיר שמיעה

התמצאות

- ☐ התמצאות טובה בזמן ובמקום
- ☐ התמצאות חלקית, פרט _____
- ☐ חוסר התמצאות, פרט _____
- ☐ חוסר שיפוט הדורש השגחה או נוכחות של צוות מטפל 24 שעות ביום
- ☐ צורך בדربון והשגחה לביצוע פעילויות חיוניות בבית כמו: ניקיון, ניהול כספים ותקציב, שמירה על היגיינה, הכנת מזון ושימוש במכשירי חשמל ביתיים?
- פרט _____
- _____
- _____

שינה

- ☐ האם יש בעיות שינה?
- ☐ כיצד הפונה נוהג לקום בבוקר? פרט _____
- _____
- _____

תעסוקה פנאי

- ☐ האם הפונה משתתף בפעילויות עד הצהריים?
- ☐ האם הפונה משתתף בפעילויות אח"צ?
- ☐ האם הפונה משתתף בפעילויות לאורך כל היום?

שם ממלא/ת הטופס _____ חתימה _____

מקום עבודה _____ תפקיד _____

מספר טלפון _____ תאריך מילוי הטופס _____



סיכום פסיכוסוציאלי

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

סיבות ההפניה לסל שיקום

רקע משפחתי בן/בת זוג, ילדים, הורים, אחים ואחיות, מיקום במשפחה, טיב הקשר בין הפונה למשפחתו

היסטוריה התפתחותית

שימוש בסמים ואלכוהול (בהווה ובעבר)

פרט במה משתמש?

תדירות השימוש?

מתי השתמש בפעם אחרונה בסמים או באלכוהול?

כמות?

ניסיונות לגמילה?



ניסיון קודם בשירותי שיקום :

אילו מסגרות ; מתי , מה הסיבה לסיום התקשרות עם אותן מסגרות (נא לצרף דוחות רלוונטים)

היסטוריה תעסוקתית : משך תקופות העבודה , , הרגלי עבודה , יחס לעבודה , התנהגות בין אישית

כיצד הפונה מבלה את שעות הפנאי ?

באיזו מידה קיימת מוטיבציה לשיקום ?

כיצד מתבטאת מוטיבציית הפונה לשיקום ?

העדפות מיוחדות של הפונה.

מידת השתתפות הפונה בהכנת ההפניה

באיזו מידה שותפה המשפחה בתוכנית השיקומית ומה עמדתה לגבי ההפניה ? (תומכת , מתנגדת , לא מעורבת , אין משפחה)



האם קיימים גורמי תמיכה נוספים למשפחה?

מה הם המשאבים הכספיים העומדים לרשות הפונה? (נכסים, כספים, הכנסה חודשית, ניירות ערך וכו')

מידת הקשר בין הפונה לכותב/ת הסיכום הפסיכוסוציאלי (מטפל עיקרי; זמן ההכרות; תכיפות הקשר)

נא להוסיף פרטים רלוונטים נוספים.

שם ממלא הטופס	חתימה
מקום עבודה	תפקיד
מספר טלפון	תאריך מילוי הטופס



**הערה : ההערכה התפקודית תתבסס
על היכולת של הפונה
בתקופה בה מולא הטופס**

1	עצמאי בביצוע הפעולה
2	זקוק לעידוד לביצוע הפעולה, אך יש לו הידע לבצעה
3	זקוק להדרכה לבצע את הפעולה
4	מוגבל בביצוע הפעולה

11

מיומנויות חברתיות	הערכה ע"י הפונה	הערכה ע"י המפנה
יזום קשר עם אדם אחר	כן/לא	כן/לא
מעורב בפעילויות קבוצתיות	כן/לא	כן/לא
מגיב לפניית של אחרים	כן/לא	כן/לא
יכול לקיים קשר חברותי	כן/לא	כן/לא
חברים משמעותיים	כן/לא/1/2/3/יותר	כן/לא/1/2/3/יותר
סיכום:		

מיומנויות שעות הפנאי	באיזה פעילויות פנאי את/ה משתתף ?	באיזה תדירות את/ה משתתף בפעילויות אילו?
צופה בטלוויזיה		
הולך לקולנוע		
הולך למסעדות		
שומע מוסיקה		
עוסק בפעילויות ספורט		
משתתף בחוגים בקהילה		
יוצא לטיולים		
הולך למועדונים		
הולך לבית כנסת		
יוצא לגן ציבורי		
קורא ספרים		
אחר , פרט		
עוסק במלאכת יד בבית		
עוסק באומנות בבית		

שם ממלא הטופס	חתימה
מקום עבודה	
מספר טלפון	תאריך מילוי הטופס



טופס המלצות הפונה והמפנה והחלטת ועדת השיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
מספר החלטה	תאריך שני החלטה	תאריך קבלת הפניה
תאריך החלטה		

נא לציין ב X את המסגרת המומלצת ולנמק בדף הבא				החלטת הועדה		
				אישור	דחייה	אישור לתקופה (יש לציין את תקופת האישור)
ד י ו ר		הפונה	המפנה			
		דיור לווין (לסמן אם לבודדים)				
		דיור מוגן רגיל (לסמן אם לבודדים)				
		דיור מוגן מתוגבר (לסמן אם לבודדים)				
		הוסטל רגיל				
		הוסטל מתוגבר				
		הוסטל כוללני				
		הוסטל רמה ד' תפקודי				
ת ע ס ו ק ה		הוסטל לצרכים פיזיים נלווים				
		מיזם ייחודי				
		מועדון תעסוקתי				
		מפעל מוגן				
		תעסוקה נתמכת				
		תעסוקה מעברית				
		יזמות				
		שירות לאומי/תורמים במדים				
		תכנית עמיתים				
		מועדון חברתי מבוגרים				
		שירותי סמך				
		חונכות				
		השכלה אקדמאית				
		השלמת השכלה				
		שירות תמיכה למשפחות				
		תיאום טיפול				
		טיפול שיניים				

מפתח לציין דחייה: (1) פחות מ 40% נכות (2) חוסר שיתוף פעולה של הפונה (3) שימוש בסמים ואלכוהול (4) אי בשלות לתוכנית המומלצת

חתימת הפונה	תאריך
שם האחראי למימוש התוכנית	מספר טלפון
מספר פקס'	מקום עבודה

נוכחים בועדה	
(הפונה, משפחה, אפוסטרופוס, המפנה)	
1	
2	
3	
4	

חברי הועדה	
חתימה	
שם	
1	
2	
3	

הערות הועדה:



נימוקי המלצות המפנה / דו"ח מסכם

נימוקי המלצות הפונה

חתימה הפונה _____ תאריך _____

חתימה הגורם המפנה _____ תפקיד _____

תאריך _____

נימוקי החלטת הועדה :

חתימת רכז שיקום _____ תאריך _____



1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה.
2. יש לצרפו להפניה לרכז השיקום.
3. לצרף צילום של מנוי אפוטרופוס.

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. מס' _____
נותן בזאת ל _____
למסור ל _____

את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.

אני משחרר את _____ משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

_____ תאריך
_____ חתימה

עד לחתימה	אפוטרופוס
שם משפחה _____	שם משפחה _____
שם פרטי _____	שם פרטי _____
תפקיד _____	קירבה _____
חתימה _____	כתובת _____
תאריך _____	מס' טל' _____
	חתימה _____
	תאריך _____

שם מסגרת המפנה _____
חותמת מסגרת המפנה _____



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

הערות לטופס :
על הגורם המפנה לדאוג למילוי טופס זה ולצרפו להפניה לועדת השיקום האזורית.
לאחר אישור הועדה אפשר להפנות את המשתקם לטיפול במרפאת שניים . ראה רשימה מצורפת

מחלות מדבקות [] כן [] לא (נא לפרט)
מחלות גופניות : (סכרת , יתר לחץ דם , בעיות בקרישה)
אלרגיות : כן לא (נא לפרט)
תרופות (שם ומינון)

שם הרופא _____ חתימה _____
תאריך _____ מקום עבודה _____

לכבוד :
מנהל מרפאת השיניים
במסגרת סל שיקום אושר טיפול דנטלי עבור :
שם _____ שם משפחה _____ מס' זהות _____
נא למלא את הטופס "בקשה לטיפול דנטלי : זכאי סל שיקום" , המפרט את תוכנית הטיפול, ולשלוח בצרוף צילומים ,
לאגף לבריאות השן, רכז שירות דנטלי לזכאי סל שיקום, משרד הבריאות , רח' בן טבאי 2 י-ם .
אישור התוכנית ישלח למרפאה .
עם גמר הטיפול יש למלא " טופס גמר טיפול " ולשלוח לכתובת הנ"ל .

רכז שיקום מחוזי _____
כתובת _____
טלפון _____



טופס בקשה לשירות חונך

על מנת להתאים לפונה חונך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לוועדת השיקום

שם _____

כתובת _____

ישוב _____

גיל _____

מין _____

שפה _____

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י חונך

☐ בתחום הדיור (קשר עם דיירי הבית, קשר עם ועד הבית)

☐ בתחום התעסוקה (השכמה בבוקר, התמדה במקום עבודה, אסרטיביות)

☐ בתחום חברה ופנאי (מציאת תחומי עניין אישיים, העשרה של הזמן הפנוי, רכישת השכלה כללית)

☐ העצמה (עזרה בנגישות למידע, הנחיה למצוי זכויות, התחברות עם ארגוני צרכנים ואסרטיביות)

☐ ליווי כלכלי (עזרה באיזון וחלוקה של תקציב, ניהול חשבון בנק)

אחר _____

טופס בקשה לשירות סומך

על מנת להתאים לפונה סומך מתאים, נא למלא את הטופס ולצרפו להפניה לועדת השיקום

שם _____

כתובת _____

ישוב _____

גיל _____

מין _____

שפה _____

תחומים שבהם הפונה זקוק לקבל עזרה ע"י סומך

☐ לזוי אינטנסיבי בתקופת מעבר

☐ קניות

☐ ניהול משק בית

☐ היגיינה אישית

☐ היגיינה סביבתית

אחר _____



פניה לביטוח לאומי: מחלקת שיקום

1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. יש לצרף העתק של ויתור סודיות. במידה ויש אפוטרופוס יש לצרף צלום של מנוי האפוטרופוס.

תאריך _____

לכבוד

מנהל/ת מחלקת השיקום

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

שלום רב,

הנדון: שירותי שיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

הופנה/תה לוועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך _____ לכתובת הרשומה מטה.

בברכה

שם המטפל _____

שם המסגרת המפנה _____

כתובת _____

עיר _____ מיקוד _____

מס' פקס _____

הנ"ל טופלה/ה ע"י מחלקת השיקום כן ☐ לא ☐ שנה _____

במידה וטופלה/ה אודה על צירוף דו"ח קצר על התכניות שאושרו לו/ה בעבר, תאריכי האישור וכן פרטים על טיפולכם בו.

חתימה מנהל/ת מחלקת שיקום

המוסד לביטוח לאומי



פניה ביטוח לאומי : נכות כללית

1. נא לצלם דף זה על ניר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. נא לצרף העתק של ויתור סודיות לבקשה. במידה ויש אפוסטרופוס לצרף צלום של מנוי האפוסטרופוס

תאריך _____

לכבוד

רכז/ת נכות כללית

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

שלום רב,

הנדון: אחוז נכות נפשית

מר/גב' _____

ת.ז. _____ הופנה/תה לועדת שיקום אזורית בתחום ברה"נ.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך _____ לכתובת הרשומה למטה.

בברכה,

שם המטפל _____

שם המסגרת המפנה _____

כתובת _____

עיר _____ מיקוד _____

מס' פקס _____

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

- א. הנ"ל הגישה/תביעה לקבלת קצבת נכות כן ☐ לא ☐
- ב. לנ"ל אושרה קצבת נכות מתאריך _____ . אחוזי הקצבה _____
- ג. סעיפי הנכות הנפשית (הקיף בעיגול) 33 34
- ד. קצבה אושרה לצמיתות/זמנית (הקיף בעיגול) אם זמנית עד מתי _____
- ד. אחוזי נכות נפשית _____ % סעיפי נכות אחרים _____ % _____ % סה"כ אחוזי נכות _____ %
- ה. לנ"ל לא אושרה קצבת נכות.



פניה לועדת שיקום אזורית

להלן רשימת כתובות לשליחת טופסי הפנייה לוועדת שיקום אזורית עפ"י לשכות הבריאות המחוזיות

מחוז צפון

גב' כרמל מעוז דותן - מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לשכת בריאות,

לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי מחוז צפון
רחוב המלאכה 3, נוף הגליל 1710602, ת.ד. 744
טל 04-6557878

פקס 04-6470443 04-6557937

דוא"ל northshikum@zafon.health.gov.il

מחוז חיפה (חיפה 1)

גב' נטע יפה-אליאל - מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לשכת הבריאות

לשכת פסיכיאטר המחוזי/אזורי מחוז חיפה
רחוב שדרות הפלי"ם 15, חיפה, 3309519
טל 04-8632945

פקס 073-7133250 דוא"ל haifa1shikum@moh.health.gov.il

נפת חדרה (חיפה 2)

ד"ר נועה כפיר - מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לשכת בריאות נפת חדרה

רחוב הנשיא ויצמן 2, חדרה
טל 04-8390069

פקס 073-7941615:

דוא"ל haifa2shikum@moh.health.gov.il



פניה לוועדת שיקום אזורית

להלן רשימת כתובות לשליחת טופסי הפנייה לוועדת שיקום אזורית עפ"י לשכות הבריאות המחוזיות

מחוז מרכז צפון

גב' דנה לבוק - מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לשכת הבריאות מחוז מרכז – צפון
רחוב שדרות הרצל 91 רמלה
טל 08-9788608 , 08-9788609
פקס 08-9788695
דוא"ל nc.shikum@lbm.health.gov.il

מחוז מרכז-דרום

גב' להפז דורות - מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
רחוב שדרות הרצל 91 רמלה
טל: 08-9788608 , 08-9788609
פקס: 08-9788695
דוא"ל sc.shikum@lbm.health.gov.il

מחוז ירושלים

גב' כהן מיכל - מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לשכת הבריאות
לשכת פסיכיאטר המחוזי מחוז ירושלים
רחוב יפו 157 ירושלים
טל 02-5314874
פקס 02-5314877
דוא"ל jershium@lbjr.health.gov.il

מחוז תל אביב 1

מר גיא אלמוג - מנהל תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לשכת הבריאות מחוז תל אביב
רחוב הארבעה 12 תל אביב יפו
טל 03-5634804
פקס 03-5634891
דוא"ל shikum1@telaviv.health.gov.il



להלן רשימת כתובות לשליחת טופסי הפנייה לוועדת שיקום אזורית עפ"י לשכות הבריאות המחוזיות

מחוז תל אביב 2

גב' דנה שרף - מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לשכת הבריאות מחוז תל אביב
רחוב הארבעה 12 תל אביב יפו
טל: 03-5634806
פקס: 03-5634815
דוא"ל shikum2@telaviv.health.gov.il

מחוז דרום – צפוני (אשדוד-שדרות)

גב' רינת ראם - מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לשכת הבריאות מחוז דרום
רחוב שז"ר זלמן, 35 באר שבע ת.ד. 10050
טל : 08-6252861
פקס : 08-6304661
דוא"ל southshikum@bsh.health.gov.il

מחוז דרום – דרומי (נתיבות – אילת)

גב' דנה חיים – מנהלת תחום שיקום פסיכיאטרי מחוזי
לדכת בריאות מחוז דרום
רחוב שז"ר זלמן, 35 באר שבע ת.ד. 10050
טל : 08-6252861
פקס : 08-6304661

דא"ל ל southshikum@bsh.health.gov.il