



## תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון (יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת הריון שוללת את הזכאות לגמלה)

### חובה לצרף לטופס זה

- ↪ האישור הרפואי, המופיע בעמ'6, ימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד. נא לצרף תיק רפואי ותיק מעקב רפואי.
- ↪ כאשר סיבת שמירת ההריון היא עקב סביבת עבודתך, חובה לצרף מכתב מפורט מאת המעסיק לגבי אופי העבודה ואישורו על כך שלא נמצאה לך עבודה חלופית.

### לידיעתך

- ↪ תשלום הגמלה מותנה באישור רופא מטעם הביטוח הלאומי, אשר רשאי לדרוש פרטים רפואיים נוספים – ככל שיידרשו.
- ↪ אם תאושר לך גמלה לשמירת הריון עד למועד הלידה, ונקבל מידע מבית החולים על הלידה, נשלם לך דמי לידה לחשבון הבנק אותו רשמת בטופס זה, ללא צורך בהגשת תביעה לדמי לידה.
- ↪ אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את סעיף ההצהרה בסוף עמוד 4.
- ↪ אין ביציאה לחו"ל משום עילה להפסקת תשלום גמלה לשמירת הריון, כאשר ניתנת בשל סוג העבודה, מקום ביצוע העבודה או אופן ביצוע העבודה.
- ↪ עפ"י חוק לא תשלום גמלת שמירת הריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה או תשלום מכוח חיקוק אחר.
- ↪ **כל תקופה נוספת של שמירת הריון** מחייבת הגשת אישור רפואי בלבד על גבי טופס בל/331 וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.
- ↪ **על פי חוק, לא תשלום הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- ↪ **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את התביעה ניתן להגיש לאחר שחלפו 30 ימים רצופים של שמירת הריון.
- ↪ אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- ↪ **באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)**
- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון שמספרו \*6050 או 04-8812345.
- ↪ לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
גמלאות אמהות

**תביעה לתשלום גמלה  
לשמירת הריון**

עמוד 1 מתוך 10

מס' זהות / דרכון														
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td> <td>סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> </tr> </table>										0	1	סוג המסמך	דפים	
0	1	סוג המסמך	דפים											
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)														

**חותמת קבלה**

**1**

**פרטי התובעת**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
שם משפחה לפני הנישואין	ארץ לידה	שנה חודש יום	
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב. בסניף _____			
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____ @ _____	
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	

**2**

**אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות**

**נא צרפי אישורים מתאימים**

- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ . עבודה מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- עבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלה מסוג:
  - דמי לידה / חופשה למאמץ  דמי אבטלה  גמלה לשמירת הריון  דמי פגיעה  דמי תאונה  נכות
- שירתתי בצה"ל מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ . מס' אישי \_\_\_\_\_  סדיר  קבע
- קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שהיתי בהכשרה מקצועית מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ בקורס \_\_\_\_\_
- מקום ההכשרה \_\_\_\_\_
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

3

**פרטים משלימים**

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלח יד בשל היריון \_\_\_\_\_

2. האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך?  לא  כן, סוג הקרבה: \_\_\_\_\_

3. אם את עובדת אצל מעסיקים נוספים במקביל, אנא צייני את שמות המעסיקים והאם קיימת קרבה משפחתית \_\_\_\_\_

שם המעסיק	תפקידך במקום העבודה	קרבה משפחתית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____	שם המעסיק	תפקידך במקום העבודה	קרבה משפחתית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____
-----------	---------------------	---	-----------	---------------------	---

4. אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון \_\_\_\_\_

מהמעביד  מקופת הגמל  מקרן ביטוח  מקרן פנסיה  ממקור אחר \_\_\_\_\_

תקופת התשלום: \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_

אינני זכאית לתשלום בגין שמירת היריון ממקור אחר.

4

**פרטי חשבון הבנק של התובעת**

סוג חשבון		שמות השותפים לחשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. אני מסכימה, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותף/ים \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

5

**פטור ממס ונקודות זיכוי**

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה \_\_\_\_\_

6

**הצהרה**

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת **x** \_\_\_\_\_

**אישור המעסיק על העסקת עובד – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה**

פרטי המעסיק			
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	ישוב	מיקוד
		טלפון פקס	

הננו לאשר בזה שמרת			
שם משפחה	שם פרטי	עיסוק/תפקיד	מספר זהות
<p>1. החלה לעבוד אצלי בתאריך _____ ועבדה עד תאריך _____</p> <p>2. שכרה שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>3. האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____</p> <p>4. הסיבה להפסקת עבודה _____</p>			
<b>תנאי העבודה והשכר:</b>			
<p>1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה: <input type="checkbox"/> ברציפות <input type="checkbox"/> שלא ברציפות. פרט: _____</p> <p><input type="checkbox"/> חופשה ללא תשלום מיום _____ עד יום _____</p> <p><input type="checkbox"/> שנת שבתון/השתלמות מיום _____ עד יום _____</p> <p><input type="checkbox"/> אחר(פרט): _____ מיום _____ עד יום _____</p> <p>2. מס' ימי עבודה בשבוע: _____</p>			

פרטים על העבודה והשכר						
פרט שכרה של העובדת (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים). יש לרשום את הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכו')						
מס' בחודש/בשנה	השכר החייב במס	דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות שנוכו	אחוז המשרה	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)	מספר ימי עבודה בעבורם שולם שכר	היעדרויות בעבורם לא שולם שכר
מס' ימים	מס' ימים	סיבה				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**IV**

**פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר**

בטור "מהות התשלום", לגבי תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בonus תקופתי וכד'.  
לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.

בעבור תקופה		שולם סכום בש"ח	בחודש	מהות התשלום
עד תאריך	מתאריך			

**V**

**פרטים משלימים – התביעה לא תידון ללא מילוי סעיף זה**

א. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת הריון?  לא  כן, עבור התקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 ב. אם סיבת השמירה היא סביבת עבודה מסכנת, יש לצרף מכתב מפורט מהמעסיק וכן אישור שלא נמצאה עבודה חלופית.  ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.

**I**

**VI**

**הצהרת המעסיק**

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה של העובדת כנדרש בחלק זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ \* חתימת החותמת המעסיק/המפעל \_\_\_\_\_ \*

**I**

**VII**

**אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי**

הנני מאשר שגב' \_\_\_\_\_ חברת קיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_  
 שם משפחה פרטי ת.ז.

הנ"ל מבוטחת החל מתאריך	שנה חודש יום	סוג הביטוח	אחוזי ביטוח
מס' תיק בביטוח לאומי	שנה חודש יום	תאריך הפסקת עבודה	שנה חודש יום

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ \* חתימה וחותרמת \_\_\_\_\_ \*

**הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה או בעל מניות בחברה בלבד**

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד). חובה לצרף 12 תלושי שכר אחרונים

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) \_\_\_\_\_

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) \_\_\_\_\_

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) \_\_\_\_\_

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך חופשת הלידה: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
דמי לידה

חותמת קבלה

**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: שמירת הריון**

**פרטים אישיים**

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>  </td> <td>  </td> <td>  </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות</p> <table border="1"> <tr> <td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td><td>  </td> </tr> </table>																				<p>קוד גמלה</p> <p>54</p>
שנה	חודש	יום																										
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>																										
<p>חברה בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית                   <input type="checkbox"/> מאוחדת                   <input type="checkbox"/> מכבי                   <input type="checkbox"/> לאומית                   <input type="checkbox"/> אחר _____             </p>																												

**הצהרה**

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית שלי ומבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטחת \* \_\_\_\_\_



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
**אישור רפואי לעניין גמלה**  
**לשמירת הריון**

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

עמוד 6 מתוך 10

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

מס' זהות / דרכון

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

סוג המסמך  
דפים

0 | 5

**רופא נשים נכבד, לפני מילוי הטופס, אנא קרא בעיון מכתבים נלווים לטופס זה**

**פרטי התובעת**

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

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

הגב' נמצאת בטיפול מיום:

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

**2 הרינויות קודמים**

2

היסטוריה מילדותית קצרה:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3 הריון נוכחי**

3

תאריך לידה משוער

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

תאריך מחזור אחרון

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

א. בעיות רפואיות כלליות:

\_\_\_\_\_

ב. הסיבות לשמירת ההריון (חובה לצרף תיעוד רפואי):

\_\_\_\_\_

ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:

תאריך	בדיקה													
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>														1
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>														2

ד. נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשמירת הריון בתאריכים המפורטים להלן:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

ה. אושפזה בשל שמירת הריון בתקופות המפורטות להלן: - חובה לצרף מסמכי אשפוז

1	מתאריך _____	עד תאריך _____
2	מתאריך _____	עד תאריך _____

**4 הצהרה**

4

הריני מאשר בזאת כי בשל מצבה הרפואי של הנבדקת (סמן להלן ב-X את האפשרות המתאימה):

1. הנובע מן ההריון והמסכן אותה ו/או את עובריה

2. הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת הריון מתאריך: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_

אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת הריון

תאריך סיום הריון אם חל לפני תאריך לידה משוער:

**אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 2 ו-3 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה**

שם הרופא למחלות נשים ולידה: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_

כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_



אל: הרופא המטפל

## הנדון: שמירת הריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסויימים, לקבלת גמלה לשמירת הריון. אין החוק חל על עקרות בית.

"שמירת הריון" מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת ההריון, המתחייבת בשל:

1. מצב רפואי הנובע מההריון והמסכן את האישה או את עובריה
  2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה
- הכל בהתאם לאישור רפואי בכתב.

מתוך האמור לעיל עולה, כי היעדרות מעבודה אצל אישה הרה, שאינה קשורה להריון, תיחשב כהיעדרות מסיבת מחלה אצל אישה עובדת.

על פי תקנות הביטוח הלאומי (גמלה לשמירת הריון התשנ"א 1991), רופא נשים מומחה יאשר באמצעות טופס שהגדיר המוסד לביטוח לאומי, כי ע"פ ממצאי בדיקתו על האישה להפסיק עבודתה, ויציין את תקופת "שמירת ההריון". יש להימנע ממתן תעודות רטרואקטיביות. במקרים מיוחדים יש לנמק את הסיבות למתן תעודה לתקופה רטרואקטיבית.

המוסד לביטוח לאומי רשאי לפנות לרופא שמילא את הטופס, בבקשה לקבל פרטים רפואיים נוספים, ככל שידרשו. לבקשה יצרף המוסד טופס ויתור על סודיות רפואית, חתום על ידי התובעת.

יש למלא בטופס את כל הפרטים הנדרשים, ולהקפיד על פירוט משך התקופות המומלצות להפסקת העבודה, הסיבות הרפואיות לכך, ותאריכי הבדיקות.

אין המוסד מתחייב לכבד כל תעודה רפואית שתוגש לו.

מבוטחת תהייה זכאית לגמלה, רק כאשר תיעדר מעבודתה בגין שמירת הריון למשך 30 ימים רצופים לפחות. תקופות נוספות של הפסקת עבודה באותו הריון (שלא ברצף) תוכרנה, רק כאשר כל היעדרות תימשך ארבעה עשר ימים רצופים לפחות.

בנוסף לאמור לעיל, אישה הנחשפת במקום עבודתה לגורמים העלולים לסכן את עובריה (חומרים כימיים, ביולוגיים או פיזיקאליים), תופנה ע"י רופא הנשים המטפל לרופא תעסוקתי של הקופה. הרופא התעסוקתי, לאחר התייעצות בהתאם לנהלים בשרותי הרפואה התעסוקתית, יעביר המלצתו לביטוח הלאומי, תוך פירוט החומרים להם חשופה האישה, גיל ההריון וכל מידע רלבנטי נוסף.

**בברכה,**

ד"ר מריו סקולסקי,  
המנהל הרפואי





אל: הרופא המטפל

## הנדון: גמלה לשמירת היריון

לאור העלייה המשמעותית בשנים האחרונות בתביעות לגמלה לשמירת היריון. מונו מספר יועצים גינקולוגים לצורך דיון בגמלאות ארוכות.

אני מוצא לנכון לפנות אליכם ולהבהיר מספר דברים בנוגע לחוק.

החוק קובע כי זכאות לגמלה מותנית במצב שנובע מההיריון ומסכן את האישה או את עובריה. או שמקום העבודה מסכן את האישה או את עובריה.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתיימר לבקר החלטות מקצועיות של רופאי נשים. עם זאת יש להבהיר למטופלות כי החלטה של רופא לפסוק מנוחה אינה מזכה אוטומטית בגמלה לשמירת היריון. לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלה, רק מצבים שנובעים ישירות מההיריון ומסכנים את האישה יידונו במסגרת זו. אני מבקש להדגיש כי מדובר בכספי ציבור ולכן כל בקשה לגמלה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחייבת תיעוד רפואי לצורך גיבוי.

קיים קושי רב באישור גמלאות ארוכות ויקרות על סמך אישור בלבד או תיעוד לא ברור. בכל בקשה נא להתייחס ולנמק מדוע המצב מסכן את האישה או עובריה ולגבות זאת בתיעוד מתאים. זאת בכדי למנוע סחבת והחזרה מיותרת של התיק.

בברכה

דר' עמית אמנון  
מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

המוסד לביטוח לאומי  
הלשכה הרפואית



### גיליון בדיקות רפואיות

מספר זהות ב"ס 	שם פרטי	שם משפחה
----------------------	---------	----------

דר' נכבד

החוק לגמלה לשמירת היריון מחייב גיבוי של תיעוד רפואי לצורך אישור גמלה.

כדי לקדם את הטיפול בתביעה לשמירת היריון נודה לך מאוד על צירוף מסמכים רלוונטיים בהתאם לסיבה שבשלה ניתנה השמירה. להלן רשימה מסמכים רפואיים:

- ✎ מכתבי שחרור ממיון או מאשפוז רלוונטיים לסיבת השמירה
- ✎ ספירת דם
- ✎ ביוכימיה מלאה כולל תפקודי כבד וכליה
- ✎ מכתב מסכם רופא מקצועי – נויורולוג, קרדיולוג, אורטופד, כלי דם, אחר
- ✎ מוניטור עוברי – NST או דוח מוניטור
- ✎ דו"ח – בדיקת על שמע : אורך צוואר/ מיקום שליה/הערכת משקל
- ✎ פרוט טיפול תרופתי
- ✎ טיפול טוקוליטי/מתן סטרואידים
- ✎ תוצאות בדיקת OGTT/GCT
- ✎ מעקב ערכי לחץ דם
- ✎ מעקב ערכי סוכרת +טיפול תרופתי במידה וקיים
- ✎ היסטוריה מילדותית מפורטת
- ✎ דף מעקב היריון כולל ביקורי רופא ואחות
- ✎ בדיקת שתן כללית + תרבית

✎ אחר \_\_\_\_\_