



חלק זה מיועד לרופא המטפל

הרופא המטפל

הנדון: גמלה לשמירת הריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסוימים, לקבלת גמלה לשמירת הריון.

"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.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתיימר לבקר החלטות מקצועיות של רופאי נשים. עם זאת יש להבהיר למטופלת כי החלטת הרופא לפסוק הפסקת עבודה אינה מזכה אוטומטית בגמלה לשמירת הריון.

הפסקת עבודה יכולה להינתן גם במסגרת ימי מחלה או הגבלה במקום העבודה. רופא מטעם המוסד לביטוח לאומי יבחן את הבקשה ויחליט אם קיימת התוויה לגמלה.

לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלה, רק מצבים שנובעים ישירות מההריון ומסכנים את האישה יידונו במסגרת זו.

אין רופאים יועצים כגון רופא אורטופד, רופא תעסוקתי וכיו"ב רשאים להמליץ על שמירת הריון. עליהם לפרט את מגבלותיה של האישה והרופא המטפל יחליט על סך ההמלצה אם להערכתו מדובר במצב המסכן את האישה או את עובריה.

אני מבקש להדגיש כי כל בקשה לגמלה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחייבת תיעוד רפואי לצורך גיבוי.

בכל בקשה נא להתייחס ולנמק מדוע המצב מסכן את האישה או עובריה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה.

בברכה

מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

עמוד 2 מתוך 3

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | | מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים |
|------------------------------------|--|--|

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



אישור רפואי לעניין
המשך גמלה לשמירת
הריון

אישור הרופא המטפל אינו קובע זכאות לגמלה לשמירת הריון, אלא אם רופא המוסד, חווה דעתו ואישר בכתב את הוראת הרופא המטפל

| | |
|------------------------------------|------------------|
| פרטי התובעת שם משפחה שם פרטי | מספר זהות ס"ב |
| הגב' נמצאת בטיפול מיום: | |
| שנה חודש יום | |

| |
|---|
| הריונות קודמים היסטוריה מילדותית קצרה: |
|---|

| | |
|--|-----------------------------------|
| הריון נוכחי - יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי | |
| תאריך לידה משוער שנה חודש יום | תאריך מחזור אחרון שנה חודש יום |
| א. בעיות רפואיות כלליות: | |
| ב. הסיבות לשמירת ההריון: | |
| ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת: | |
| תאריך שנה חודש יום | בדיקה |
| 1 | 1 |
| 2 | 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 | |
| מתאריך עד תאריך | 1 |
| מתאריך עד תאריך | 2 |

בהתאם לעמדת המקצועית, הריני מאשר בזאת, כי בשל מצבה של הנבדקת :

☐ הנובע מן ההריון והמסכן אותה ו/או את עובריה

☐ 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' 1 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה

שם הרופא למחלות נשים ולידה: _____ מס' רישיון: _____
כתובת המרפאה: _____ טלפון: _____

פרטי הרופא המאשר לצורך התקשרות:

שם _____ כתובת _____
טלפון _____

תאריך _____ חתימה וחותמת * _____

רופא נשים נכבד, לפני מילוי הטופס, אנא קרא בעיון מכתב נלווה לטופס זה