

טופס מותאם למילוי במחשב



3. שולחים

שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס בהתאם להנחיות המפורטות מטה.



2. ממלאים

מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (Save).

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.



1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח?



יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלך, ניתן להוריד אותה בחינם מאתר Adobe

אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהתקין אותה לפי ההוראות. לא הצלחת? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר

לתשומת לבך!



מידע נשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, פוטר את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת מידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.

בתאריך 1.1.2009 נכנס לתוקפו תיקון התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בנושא הזכאות לטיפולים פרא-רפואיים, 1 מתוך 3 עבור ילדים שאובחנו כמצויים בספקטרום האוטיסטי.

שלום רב,

- הזכאות לטיפולים הנה ממועד האבחנה ועד גיל 18
- המטופל המאובחן זכאי ל-156 טיפולים בשנה קלנדרית, ועד 3 טיפולים בשבוע, במקצועות הבאים: ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, עבודה סוציאלית ופסיכולוגיה.
- הטיפולים ניתנים במכוני התפתחות הילד של מכבי, או אצל מטפלים/מכוני אשר בהסכם עם מכבי

ניצד מקבלים את ההכרה בזכאות

- במידה וילדכם אובחן במכוני התפתחות הילד במכבי ועמד באמות המידה הקליניות המקובלות, תתקבל הכרה במערכות מכבי וזכאות בהתאם לאבחנה. לביור יש לפנות למכון התפתחות הילד אליו אתם משויכים.
- במידה וילדכם לא אובחן במכון להתפתחות הילד במכבי, יש צורך להגיש בקשה להכרה בזכאות, יש למלא פרטים בטופס המצורף ולהעבירו למכון להתפתחות הילד (בהתאם למחוז אליו אתם משויכים). חובה לצרף לבקשה אבחון רפואי ע"י פסיכיאטר / נירולוג / רופא התפתחותי ואבחון פסיכולוגי העומדים בדרישות משרד הבריאות. הבקשה תבחן ותקבלו הודעה לגבי הזכאות.
- ילדים עד גיל 7 שנים המקבלים טיפולים מטעם משרד הבריאות במסגרת "הטיפול הבריאותי המקדם", או שוהים במעון יום שיקומי, על פי חוק אינם זכאים לתוספת טיפולים ממכבי במסגרת סל הבריאות. ילדים אלו זכאים לטיפולים דרך הביטוחים המשלימים (שב"ן).

**צוות ייעודי במכון להתפתחות הילד עומד לרשותכם ככול הנוגע למתן מידע ותשובות לפנייתכם.
ניתן לפנות ישירות למכון על פי הרשימה המצורפת.**

בברכה, מערך התפתחות הילד
מכבי שירותי בריאות

רשימת מכוני מכבי להתפתחות הילד - כתובת למשלוח הטופס

צפון | גולן שמחה 54, חיפה

טלפון: 04-8796920, פקס: 073-2284383
zafon_pdd@mac.org.il

מענה לערים: יקנעם והסביבה, חיפה והסביבה, כרמיאל, גוש שגב, תושבי העמקים, תושבי הגליל המערבי והתחתון, זכרון יעקב והסביבה, הקריות

ירושלים והשפלה | יוסף לישנסקי 1, ראשון לציון

להשארת הודעה: 03-9634782
פקס: 073-2284407
asd@mac.org.il

מענה לערים: ראשל"צ, נס ציונה, חולון, בת ים, אזור, ירושלים, ביתר עילית, אפרת, מעלה אדומים, מזרח ירושלים, בית שמש, מודיעין, מכבים-רעות, רמלה, לוד, מודיעין עילית

מרכז | יגאל אלון 96, תל אביב-יפו

טלפון: 03-7614060, פקס: 03-7178291
hashalom_asd@mac.org.il

מענה לערים: אילת, תל אביב-יפו, רמת גן, גבעתיים, אור יהודה, קרית אונו, בקעת אונו, שוהם, בני ברק, אלעד

דרום | התקווה 4, באר שבע

טלפון: 08-6267255 / אילנה 08-8688146
פקס: 073-2132489 / 073-2284869
b7_child@mac.org.il

מענה לערים: באר שבע, אשקלון, רחובות, אשדוד וסביבותיהן

שרון | רפפורט 3, כפר סבא

טלפון: 09-7478130, פקס: 073-2132094
sharonasd@mac.org.il

מענה לערים: פתח תקווה, כפר סבא, נתניה

2 מתוך 3

שאלון הורה (ימולא על ידי הורה)

שם הילד/ה + שם משפחה	ת.ז (9 ספרות)	תאריך לידה	
רחוב ומס' בית	ישוב	מיקוד	
שם פרטי הורה 1	נייד הורה 1	שם פרטי הורה 2	נייד הורה 2
טלפון בית	דואר אלקטרוני		

מסגרת חינוכית לשנת לימודים זו	טלפון במסגרת החינוכית	שם מכון מאבחן
-------------------------------	-----------------------	---------------

ילדי/תי מקבלת/טיפולים במסגרת "הטיפול הבריאותי המקדם" (נא לסמן) כן לא

חתימה
הקדלת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

שם ההורה	תאריך	חתימת ההורה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 מתוך 3

שאלון גננת (ימולא על ידי הגננת)

גננת/ יקר/ה שלום רב,
בתאריך 1.1.2009 נכנס לתוקפו תיקון התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בנושא הזכאות לטיפולים פרא-רפואיים עבור ילדים שאובחנו כמצויים בספקטרום האוטיסטי.
הטיפולים יסופקו על ידי קופות החולים לילדים ממועד אבחנתם ועד גיל 18 .
יוצאים מן הכלל, הם ילדים עד גיל 7, המקבלים טיפולים מטעם משרד הבריאות במסגרת "הטיפול הבריאותי המקדם" וילדים השוהים במעון יום שיקומי.

לשם בירור הזכאות אנא מלא/י את הפרטים שלהלן:

שם הילד/ה	ת.ז (9 ספרות)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

יש לסמן רק אחת מהתשובות הבאות:

הילד/ה מקבל/ת טיפולים במימון משרד הבריאות ובהשתתפות כספית של ההורים (במסגרת "הטיפול הבריאותי המקדם")
 כן לא

הילד/ה מבקר/ת במעון יום שיקומי
 כן לא

שם הגן	סוג הגן	כתובת הגן
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
טלפון בגן		
<input type="text"/>		

חתימה

הקדלת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

שם הגננת/ת	תאריך	חתימת הגננת/ת
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>