



## طلب تحديد درجة عجز بسبب العمل ودفع مخصصات عجز من العمل

### كيفية تقديم الطلب

- ❑ يجب عليك إرفاق التصاريح وفقاً لما هو مطلوب في نموذج الطلب.
- ❑ يجب عليك تقديم كل وثيقة طبية تتعلق بالعجز الطبي الذي تذكره في نموذج الطلب ، ولم يتم تقديمها بعد لمؤسسة التأمين الوطني.
- ❑ يجب إرسال نموذج الطلب أو تقديمه الى فرع مؤسسة والتأمين الوطني القريب من مكان سكنك. للأسئلة والاستفسارات يجب التوجه إلى هاتف رقم 6050\* أو 04-8812345.
- ❑ لمعلوماتك – وفقاً للقانون، لا تدفع المخصصات لفترة تزيد عن 12 شهراً للصرف (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب.
- ❑ لتفاصيل إضافية يمكن الإستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### إنتبه !

- ❑ عودتك إلى العمل لا تمنع تلقياً للمخصصات.
- ❑ يمكن استدعاؤك للمثول أمام لجنة فقط بعد تقديمك جميع الوثائق الطبية المتعلقة بالعجز الطبي الذي تطلب المخصصات بسببه.

### إلزامي التوقيع على نموذج الطلب



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- עליך להמציא כל מסמך רפואי הקשור למגבלה הרפואית שהינך מציין בטופס התביעה ואשר טרם נמסר לביטוח הלאומי.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### שים לב !

- שובך לעבודה אינו מונע את קבלת הגמלה.
- זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא את כל המסמכים הרפואיים הקשורים למגבלות בגינן אתה תובע גמלה זו.

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
مؤسسة التأمين الوطني  
إدارة المخصصات

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה  
ולתשלום גמלת נכות מעבודה  
طلب تحديد درجة عجز بسبب العمل  
ودفع مخصصات عجز من العمل

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للإستعمال الداخلي فقط ( مسح)</p>	<p>חותמת קבלה ختم الإستلام</p>
<p>מס' זהות / דרכון رقم بطاقة الهوية/ جواز السفر</p> <p>סוג המסמך نوع الوثيقة</p> <p>דפים صفحات</p>	

1

**פרטי התובע** تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם משפחה קודם اسم العائلة السابق	שם פרטי الإسم الشخصي
מין הגנים ذكر נקבה أنثى	עיסוק העמל שכיר أجير מתנדב متطوع עצמאי مستقل	מספר אישי בצה"ל الرقم الشخصي في الجيش
תאריך לידה تاريخ الميلاد	שנה سنة	חודש شهر
יום يوم		

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان ( المسجل في وزارة الداخلية )**

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד الرمز البريدي
טלפון קווי هاتف أرضي	טלפון נייד هاتف خليوي	דואר אלקטרוני بريد الكتروني			
0	0	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على تلقي رسائل SMS			

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) عنوان للرسائل ( إن كان مختلفاً عن العنوان المفصل أعلاه )**

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד الرمز البريدي

2

**פרטי הפגיעה** تفاصيل الإصابة

תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة	שנה سنة	חודש شهر	יום يوم
פרטים על הפגיעה تفاصيل عن الإصابة			

פרטי מקום העבודה - נفاصيل مكان العمل

3

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה אגבר - איש, هاتف وعنوان مكان العمل  
 עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק - مستقل - איש, هاتف وعنوان المصلحة التجارية  
 מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות מתطوع - اسم الهيئة التي ترسل لعمليات التطوع

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות איש مكان العمل / المصلحة التجارية/ الهيئة التي ترسل لعمليات التطوع																									
טלפון هاتف <table border="1"> <tr> <td>0</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></td> </tr> </table>						0																			
0																									
מיקוד الرمز البريدي	יישוב بلدة	דירה شقة	כניסה مدخل	מס' בית رقم البيت	רחוב شارع																				
המקצוע ערב הפגיעה המהנה قبل الإصابة																									

פרטי הטיפול רפואי - تفاصيل العلاج الطبي

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה:  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_  
 هل مكنت في المستشفى بسبب الإصابة  لا  نعم، فصل \_\_\_\_\_  
 האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, MRI, CT, וכד')?  
 هل أجريت لك فحوصات طبية في أعقاب الإصابة ( صور أشعة، MRI , CT وما شابه ) ؟  
 לא  כן, פרט \_\_\_\_\_  
 اسم وعنوان المؤسسة الطبية التي اجريت بها الفحوصات \_\_\_\_\_  
 שם וכתובת המוסד הרפואי בו נעשו הבדיקות \_\_\_\_\_  
 אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.  
 إن كانت بحوزتك صور أو نتائج فحوصات طبية، الرجاء إرفاقها بالطلب.  
 אני מבטח בקופ"ח \_\_\_\_\_  
 أنا المؤمن في صندوق المرضى \_\_\_\_\_  
 ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדין מטפלים בך:  
 أذكر في اللائحة التالية أسماء الأطباء الذين عالجتك أو ما زالوا يعالجتك :

שם הרופא إسم الطبيب	תחום מומחיות مجال التخصص	כתובת המרפאה عنوان العيادة

5

**המגבלות שיש לך עקב הפגיעה בגיין הינך תובע גמלה  
الإعاقات التي لديك في أعقاب الإصابة والتي تطلب تلقي مخصصات بسببها**

המסמך/התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת الوثيقة/ الشهادة الطبية المتعلقة بالإصابة التي ذكرتها	המגבלות או הכאבים מהם הינך סובל الإعاقات أو الآلام التي تعاني منها	
		1.
		2.
		3.
		4.
		5.

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?  
هل عانيت في الماضي من إعاقات أو آلام مشابهة لتتي ذكرتها في اللائحة؟

לא

נעם, فصل כ, פרט:

**חזרה לעבודה העودة إلى العمل**

6

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה? هل عدت إلى العمل بعد الإصابة؟

נעם – عدت إلى نفس العمل כן - חזרתי לאותה העבודה

נעם – عدت إلى عمل آخر. فصل כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

İsm صاحب العمل وعنوانه شم המעביד וכתובתו

تاريخ العودة إلى العمل تاريخ الحزرة לעבודה

لم أعد إلى العمل – أذكر السبب לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה \_

**שליטה בשפה העברית إجادة اللغة العبرية**

7

أنا لا أجاد اللغة العبرية. أنا أتحدث اللغة אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

سأصل إلى اللجنة مع مرافق يتكلم اللغة العبرية לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

لن أصل إلى اللجنة مع مرافق يتكلم اللغة العبرية לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

**פרטים על תשלומים** **תفاصيل عن الدفعات**

8

האם הנך מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?  
 هل تتلقى أو تستحق دفعة أو مخصصات من وزارة الدفاع؟

כן - ציין את סוג התשלום \_\_\_\_\_ מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_  
 نعم - أذكر نوع الدفعة \_\_\_\_\_ رقم الملف في وحدة التأهيل \_\_\_\_\_

לא  
 لا

האם הנך מיוצג ע"י עו"ד? -  לא  כן, פרטי/ מטה: \_\_\_\_\_  
 هل يمثلك محام؟ \_\_\_\_\_ نعم، فصل فيما يلي:

שם עו"ד/ اسم المحامي \_\_\_\_\_ כתובת עו"ד/ عنوان المحامي \_\_\_\_\_ סלפון/ هاتف \_\_\_\_\_

0					
---	--	--	--	--	--

האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?  
 هل قدمت أو أنك ستقدم طلب تعويض أضرار عن الحادث؟

לא לא  לא

نعم, אذكر اسم المدعى عليه כן - ציין את שם הנתבע

**פרטי חשבון הבנק של התובע** **تفاصيل حساب البنك لمقدم الطلب**

9

כל תשלום שגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:  
 أطلب تحويل كل دفعة استحقها من مؤسسة التأمين الوطني مقابل هذا الطلب، الى حساب البنك الذي ترد تفاصيله فيما يلي:

שמות בעלי החשבון/ أسماء أصحاب الحساب

שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع / عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי  
 لعضو كيبوتس أو بلدة تعاونية: أنا اطلب تحويل المبلغ  لحساب الكيبوتس  لحسابي الشخصي

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

אני מסכים 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 פרטי מושכי התשלומים.

أنا الشريك في حساب بنك صاحب هوية رقم \_\_\_\_\_ الإسم \_\_\_\_\_ ألتزم باستعمال مبالغ المخصصات التي تودع في الحساب، للشخص الذي يتلقى المخصصات.

אִלְתַּרְמׁ בְּתִבְלִיגׁ מׁוּסָסֶה הַאִמִּינׁ הַוּטְנִי עַן כָּל תְּגִיירׁ יִטְרָא עַלׁי הׁוּיֶה הַשְּׁרַקֵּאׁ בַּיּ חֲסָב הַבֵּנֵק ו/אוּ הַמְּחׁלִּינׁ בַּיּ חֲסָב הַיּ, וּלְדֹאגׁ הַחֲתִימַם עַל טׁוּפֵס עַלׁי נְמוּדֵגׁ חֲדִישׁ חֲסָב הַיּ. אִוָּפֵק עַלׁי אַן יִבְלִגׁ הַבֵּנֵק מִן חַיִּן לְאַחַר מׁוּסָסֶה הַאִמִּינׁ הַוּטְנִי, חֲסָב תְּלִבְהָא, תְּפִאסִּיל הַשְּׁרַקֵּא בַּיּ חֲסָב הַיּ וּלְחׁוּלִינׁ בַּיּ, סִוּא עַל לְחַל פְּתֶרֶה הַאִסְחֻקֵּאׁ אׁוּ בַּעֲדָהּ.

אִוָּפֵק אַן יַעִיד הַבֵּנֵק הַמְּזְכׁוּר אִעֲלָה אִלׁי מׁוּסָסֶה הַאִמִּינׁ הַוּטְנִי חֲסָב תְּלִבְהָא מִן חֲסָב הַיּ, אִזָּא כָּאִנֵּת מׁוּסָסֶה קַד אִוְדַעַת בַּיּ חֲסָב מִבְּלַגָּא כְּאִמְלָא אׁוּ קַסְמָא מִנֵּה בִּלְחָטָא אׁוּ לֵיִסׁ וְכַפֵּא לְלִקָּנוֹן, וְכַזֵּכֵּא אַן יַעֲטִי מׁוּסָסֶה תְּפִאסִּיל הַיּ לְחַבׁוּא מִבְּלַגֵּי הַמְּזְכׁוּרָה.

<b>x</b>	<b>x</b>	
תوقيع متلقي المخصصات חתימת/ מקבל הגמלה	תوقيع/ توقيع الشركاء في الحساب חתימת/ חתימות השותפים לחשבון	التاريخ תאריך

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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. אני המוע אדנא אִסְרַח בְּאֵן מְיִיִּעַ תְּפֻאִיִּל הַתִּי קְדַמְתָּהּ בִּי הַזֶּה הַתְּלַבּ וּמְלַחְתָּהּ סַחִיחָה וְכַמְלֵה. אִעֲרַף אֲנֵה וּפְקָא לְקַאנוֹן הַתְּאָמִיִּן הַוּטְנִי, בִּיֵּן אִי שִׁיחַס בְּיֹדֵי בַּעֲשׂוֹ אוֹ עַן מַעֲרַףֵה אֵלֵי דְפַע מְחֻסַּת וּפְקָא לְהַזֶּה הַקַּאנוֹן, אוֹ זִיָּאֲדָתָהּ, בּוֹאִסְטָה אִיחְפֵּא תְּפֻאִיִּל לְהָא אִמְרֵה לְהַזֶּה הַאִמְרֵה, בִּיֵּן אִיחְפֵּא הַקַּאנוֹן וּקְדַמְתָּהּ לְדַפַּע גְּרַמָּה וּסְגִינָה. אִעֲרַף אֵן כָּל תְּגִיבִיר בִּי אֵחַד הַתְּפֻאִיִּל הַתִּי קְדַמְתָּהּ בִּי הַזֶּה הַתְּלַבּ וּמְלַחְתָּהּ, בְּיֹאֲזֵר עַלֵי אִסְחָקָאֵי לְמְחֻסַּת אוֹ עַלֵי תְּרַאִכֵּם דִּינָה, וּבִנְאָה עַלֵי זֶלֶק אֲלִתְרַם בַּתְּבִיִּעַ עַן כָּל תְּגִיבִיר חֻלָּל 30 יוֹמָא.

תאריך התאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / תְּסִיחַ מְקַדֵּם הַתְּלַבּ ✕ \_\_\_\_\_

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך: \_\_\_\_\_ ופרט: \_\_\_\_\_

אם לא ימנה מְקַדֵּם הַתְּלַבּ הוּא הַזֶּה וְעַלֵי הַתְּלַבּ, הַרְגָּא תּוֹזְבִיחַ סְבִיב זֶלֶק: \_\_\_\_\_

ופצל: \_\_\_\_\_

שם החותם / אִסֵּם הַמּוֹקַע	כתובת / הַעֲנוֹן	מספר זהות / רְקִי הַהוּיָה יִשְׁמַל הַרְקִי הַאִיחְפֵּאֵי ב"ס

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא פרט: \_\_\_\_\_  
אם תמ התְּסִיחַ עַלֵי הַתְּלַבּ בִּיבְסַמָּה הַאִיבִיעַ, הַרְגָּא הַתְּפִיִּיל: \_\_\_\_\_

שם העד לחתימה / אִסֵּם הַשְּׂאֵהַד עַלֵי הַתְּסִיחַ	מספר זהות / רְקִי הַהוּיָה יִשְׁמַל הַרְקִי הַאִיחְפֵּאֵי ב"ס

**נספח ملحق**

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזר عن السريه الطبيه لمؤسسه التامين الوطني**

حضرة לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

أطلب أن تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها، كل المعلومات المتعلقة بمرضي، وضعي الطبي، العلاج الذي يقدم لي، نتائجه و/أو أي معلومة أخرى يطلبونها و/أو أي وثيقة طبية تخصني. מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזר عن السريه الطبيه لمؤسسه التامين الوطني**

حضرة לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

أطلب أن تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها، كل المعلومات المتعلقة بمرضي، وضعي الطبي، العلاج الذي يقدم لي، نتائجه و/أو أي معلومة أخرى يطلبونها و/أو أي وثيقة طبية تخصني. מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל על הסריה הטביה למؤססה התאמין الوطنى**

حضرة לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אנא אני \_\_\_\_\_ الموقع أثناءه ، هوية رقم הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ عضو في صندوق المرضى חבר קופ"ח

\_\_\_\_\_ وأسكن في הגר ב

אָטלַב אַן תּוֹדְמוּא למוֹסְסֵה הַתְּאֵמִין הַוּוּטְנִי אוֹ הַמְּחוּל מִן קִבְלָהּ, כּל הַמְּעוֹמַת הַמְּתַלֶּקֶה בִּמְרֻזִי, וּזְעִי הַטְּבִי, הַעֲלַג הַזֵּי יִקְדַּם לִי, נְתַאֲגֵה ו/אוֹ אֵי מְעוֹמֶה אַחְרֵי יִטְלֹבוּנָהּ ו/אוֹ אֵי וְثִיבֶה טְבִיבֵה תְּחַצְנִי. מִבְּקֶשׁ בְּזֶה לְמַסּוֹר לְמוֹסַד לְבִטּוּחַ לְאוֹמִי אוֹ לְבִא-כּוּחוֹ, כּל מִידַע בְּקֶשֶׁר לְמַחְלָתִי, מַצְבֵי הַרְפוּאָה, הַטִּיפּוֹל שְׁנִיתֵן לִי, תּוֹצְאוֹתַי ו/אוֹ כּל מִידַע אַחֵר שִׁידַרְשׁ עַל-יָדֶם ו/אוֹ כּל מַסְמָךְ רְפוּאֵי אוֹדוּתַי.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_  
 اسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_ التوقيع

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל על הסריה הטביה למؤססה התאמין الوطنى**

حضرة לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אנא אני \_\_\_\_\_ الموقع أثناءه ، هوية رقم הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ عضو في صندوق المرضى חבר קופ"ח

\_\_\_\_\_ وأسكن في הגר ב

אָטלַב אַן תּוֹדְמוּא למוֹסְסֵה הַתְּאֵמִין הַוּוּטְנִי אוֹ הַמְּחוּל מִן קִבְלָהּ, כּל הַמְּעוֹמַת הַמְּתַלֶּקֶה בִּמְרֻזִי, וּזְעִי הַטְּבִי, הַעֲלַג הַזֵּי יִקְדַּם לִי, נְתַאֲגֵה ו/אוֹ אֵי מְעוֹמֶה אַחְרֵי יִטְלֹבוּנָהּ ו/אוֹ אֵי וְثִיבֶה טְבִיבֵה תְּחַצְנִי. מִבְּקֶשׁ בְּזֶה לְמַסּוֹר לְמוֹסַד לְבִטּוּחַ לְאוֹמִי אוֹ לְבִא-כּוּחוֹ, כּל מִידַע בְּקֶשֶׁר לְמַחְלָתִי, מַצְבֵי הַרְפוּאָה, הַטִּיפּוֹל שְׁנִיתֵן לִי, תּוֹצְאוֹתַי ו/אוֹ כּל מִידַע אַחֵר שִׁידַרְשׁ עַל-יָדֶם ו/אוֹ כּל מַסְמָךְ רְפוּאֵי אוֹדוּתַי.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_  
 اسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_ التوقيع