

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד  
משרד האוצר - הרשות לזכויות ניצולי השואה  
מחלקת תביעות  
רח' יצחק שדה 17  
ת.ד. 57380  
תל אביב 6157302  
טל. 03-5682651

**הנדון: בקשה לועדה רפואית בתחום ארוע מוחי, אי-ספיקת לב והפרעות קצב**

שמי: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

הנני סובל/ת מהמחלה הבאה (הקף/י את המחלה הרלוונטית):

**ארוע מוחי / אי-ספיקת לב / הפרעות קצב** אשר נבעה ממחלת יתר לחץ דם המוכרת ממנה אני סובל/ת.

המחלה הנ"ל התגלתה אצלי בתאריך \_\_\_\_\_

אבקש שועדה רפואית תבדוק את נכותי בתחום ארוע מוחי, אי-ספיקת לב והפרעות קצב, על סמך המסמכים המצורפים, וזאת לאור ההמלצות של ועדת שני הקובעות קשר סיבתי בין הרדיפות לבין מחלתי, ותקבע את אחוזי הנכות שלי בהתאם.

**יש לצרף לבקשה מסמכים רפואיים.**

אם הנך מעוניין/נת שהדיון בבקשתך יתקיים ללא נוכחותך, אנא סמן/ני- "בקשה לדיון ללא נוכחות".

בקשה לדיון ללא נוכחותי

בעקבות גילי המתקדם וההשפעה של המצב הרפואי על המחלה, אבקש הפעלת תקנה 12

בברכה,

\_\_\_\_\_