

דו"ח על תאונה

הנחיות למנהל/ת/גננת

כיסוי חבות (צד ג')

הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל", חברה לביטוח בע"מ מכסה את חבותו החוקית של משרד החינוך ועובדיו, בגין תביעות המוגשות על ידי תלמידי מוסדות החינוך ועל ידי צדדים שלישיים אחרים במקרים מיוחדים. בארועים בהם נזק לתלמיד בשל הפרת חובה חוקית של משרד החינוך ועובדיו בלבד, ניתן לפנות לחברת "ענבל" בדרישה לפיצוי בגין הנזק הנטען, לכתובת המצוינת ברשימת התפוצה.

חובת הדיווח

על מנהל/ת/גננת המוסד החינוכי חלה החובה למלא דו"ח על כל תאונה אשר ארעה לתלמיד במהלך פעילות רשמית של המוסד החינוכי, כולל במקרה שארע מחוץ לכותלי המוסד, כגון: סיור לימודי, טיול, יום ספורט, פעולות של"ח, או בפעילות לימודית במוסד אחר. **שבעקותיו נדרש טיפול רפואי.**

בכל אחד מהמקרים שלהלן יש לדווח **מיידית** לאחראי על הבטיחות במחוז או למנהל המחוז, קודם למילוי הדו"ח:

- אם ארע מקרה מוות, חלילה.
- אם הפציעה אנושה, או אם נגרם נזק גופני חמור, כגון קטיעת איבר.
- אם הגורם לתאונה הוא מפגע בטיחותי מסוכן.
- אם יותר מתלמיד אחד נפגע בו-זמנית מאותה הסיבה.

הנחיות למילוי הדו"ח

יש להדפיס את הדו"ח המצורף ולהפיצו עפ"י רשימת התפוצה המפורטת מטה. על המעטפה יש לציין "דוח תאונה".

- הדו"ח ימולא בכל הסעיפים בכתב יד קריא ע"י מנהל המוסד החינוכי בלבד מפי התלמיד/הורה/מורה/אחר.
- דיווח ראשוני על התאונה** – יישלח תוך שבעה ימים מיום התאונה. פרק זמן זה ניתן כדי לאסוף את מירב הפרטים והידיעות על מצבו הראשוני של הנפגע ועל נסיבות המקרה.
- דו"ח משלים (הספח העליון)** – היה ונעדר התלמיד מחמת התאונה, יימולא ויישלח ל"ענבל" מייד עם שוב התלמיד ללימודים, ו/או קבלת המסמכים הרפואיים.
- אי מילוי הדו"ח כנדרש לא ייחשב כדיווח על התאונה ויוחזר למוסד החינוכי להשלמה.
- אין למסור העתק או צילום של הדו"ח לכל גורם, למעט המכותבים בתפוצה, אלא אם כן ניתן לכך היתר מהיועץ המשפטי של המשרד, או שיש בידי המבקשים אישור שהם מייצגים את חב' הביטוח "ענבל".

תפוצה:

- מקור** – הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל" חברה לביטוח בע"מ, רח' ערבה 3, קרית שדה התעופה ת.ד. 282, נתב"ג 70100.
- העתק – למפקח/ת על ביה"ס/הגן.
- העתק – למנהל/ת המחלקה לחינוך ברשות המקומית/בעלים של המוסד החינוכי.
- העתק – למנהל המחלקה לביטוח במשרד החינוך, רח' שבטי ישראל 34 ירושלים, 91911.
- העתק – בתיק תאונות במוסד החינוכי.

לידיעתך, בימים אלו פועל משרד החינוך בבניית מערכת דיווח ממוחשבת באמצעות מנב"ס. שיטת דיווח זו הינה זמנית עד להפעלת המערכת החדשה.

זכרו!

תאונות אינן קורות הן נגרמות, קיימו את כללי הבטיחות ומנעתם תאונה!

דו"ח משלים

בהמשך לדו"ח מיום _____

1. יש לרשום את שם הנפגע, תאריך התאונה ותאריך הדיווח
2. להשלים את שאר הפרטים עם גמר הטיפול וקבלת המסמכים
3. לשלוח לחברת ענבל בכתובת: רח' ערבה 3, קרית שדה התעופה, ת.ד. 282 נתב"ג 70100

מס' טבוע _____ שם הנפגע: _____

ימולא וישלח מיד לאחר שוב התלמיד ללימודים ו/או קבלת מסמכים רפואיים) תאריך התאונה: ____/____/____

סמל המוסד _____ שם המוסד: _____ הישוב: _____

נפגע/ה נעדר/ה מלימודים מיום: _____ ועד יום _____ סה"כ _____ ימים מתוך זה מאושפז/ת בבי"ח _____ ימים. מצ"ב מסמכים רפואיים הקשורים לתאונה.

חתימת המנהל/ת - גנת _____ תאריך: _____

**מדינת ישראל
משרד החינוך**

דיווח ראשוני על תאונה

- הוראות ל מילוי הדו"ח
1. הדו"ח ישלח תוך 7 ימים מיום התאונה וימולא על כל פרטיו
 2. משך היעדרות או מסמכים רפואיים ישלחו בנפרד
 3. הטופס ימולא בכתב יד ברור וקריא ע"י מנהל המוסד החינוכי בלבד.
 4. תפוצה כמצוין בהנחיות המצורפות

לגבי תלמיד/חניך שנפגע במסגרת בית ספרית בשטח המוסד החינוכי או מחוצה לו. אין כאמור בדיווח זה כדי להציג תמונה מלאה של כל נתוני האירוע.

מס' טבוע _____

תאריך התאונה ____/____/____

א	ב	ג	ד	ה	ו	שבת

לא כן

במסגרת פעילות בית ספרית

שעת התאונה _____ : _____

פרטי המוסד החינוכי שבו לומד התלמיד

פרטי הנפגע

סמל המוסד _____ שם המוסד _____
 שם המנהל/ת-גנת _____ בעלי המבנה _____
 מעסיק המנהל/ת-גנת _____ מוסד רשמי/אחר _____
 מעסיק מורים/סייעות _____ דוא"ל _____
 ישוב: _____ רחוב: _____ מספר: _____
 מיקוד: _____ טלפון: _____ פקס: _____

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת) _____
 שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 שם האב: _____ שם האם: _____
 מין הנפגע: ז' נ' תאריך לידה: ____/____/____
 ישוב: _____ רחוב: _____ מספר: _____
 מיקוד: _____ טלפון בבית: _____ כיתה: _____

נסיונות התאונה	סוג פעילות	חלק גוף נפגע	מקום התאונה	סוג המוסד
<input type="checkbox"/> נפילה	<input type="checkbox"/> הפסקה	<input type="checkbox"/> ראש	<input type="checkbox"/> מתקני משחק	<input type="checkbox"/> גן
<input type="checkbox"/> התחשמלות	<input type="checkbox"/> חינוך גופני	<input type="checkbox"/> עיניים	<input type="checkbox"/> מקלט	<input type="checkbox"/> יסודי
<input type="checkbox"/> כוויה	<input type="checkbox"/> טיול	<input type="checkbox"/> פנים	<input type="checkbox"/> מחוץ לשטח בי"ס	<input type="checkbox"/> חט"ב
<input type="checkbox"/> הרעלת חומ"ס	<input type="checkbox"/> שיעור	<input type="checkbox"/> שיניים	<input type="checkbox"/> פירוט:	<input type="checkbox"/> תיכון עיוני
<input type="checkbox"/> בליעת עצם זר	<input type="checkbox"/> שיעור מקצועי	<input type="checkbox"/> גפיים עליונות	<input type="checkbox"/> אחר:	<input type="checkbox"/> תיכון מקצועי
<input type="checkbox"/> פגיעה מרכב	<input type="checkbox"/> אחר:	<input type="checkbox"/> גפיים תחתונות	<input type="checkbox"/> מעבדה	<input type="checkbox"/> בי"ס חקלאי
<input type="checkbox"/> פגיעה מדלת		<input type="checkbox"/> אצבעות	<input type="checkbox"/> מסדרון	<input type="checkbox"/> פנימייה
<input type="checkbox"/> החלקה		<input type="checkbox"/> חזה	<input type="checkbox"/> שירותים	<input type="checkbox"/> מוסדות תורניים
<input type="checkbox"/> דקירה		<input type="checkbox"/> גב	<input type="checkbox"/> מדרגות	<input type="checkbox"/> אחר:
<input type="checkbox"/> טביעה		<input type="checkbox"/> גוף	<input type="checkbox"/> חצר	
<input type="checkbox"/> עקיצה/נשיכה		<input type="checkbox"/> צוואר	<input type="checkbox"/> מגרש ספורט	
<input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> אבר מין		
		<input type="checkbox"/> בטן		

תיאור התאונה (סמן - ימולא ע"י מנהל/ת המוסד מפי התלמיד/הורה/אחר. יש לציין עובדות בלבד)

דווח למנהל/ת/גנת על ידי שם משפחה: _____ שם פרטי _____ תפקיד _____ כתובת _____ טלפון _____

עדים לתאונה

השם המלא	התפקיד	המען	טלפון/נייד
1			
2			
3			

מחנך/ת מורה שנכח במקום התאונה

השם המלא	התפקיד	המען	טלפון/נייד
1			
2			

טיפול רפואי בנפגע במוסד החינוכי

שם המטפל	תפקיד	עזרה ראשונה	הוזמן אמבולנס		הועבר לטיפול נוסף אל:	אשפוז במידה וידוע	לווה על ידי		תפקיד	שעה
			כן	לא			כן	לא		

מסירת הודעה למשפחה

תאריך	שעה	שם מקבל ההודעה	הקשר לנפגע	שם מוסר ההודעה	תפקיד

חתימת המנהל/ת/גנת בלבד _____ תאריך _____