



تبיעה לגמלת סיוע

חובה לצרף לטופס זה

1. תדפס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי, אבחנות ותרופות), חתום על ידי רופא מטפל (רופא המשפחה), או סיכום אשפוז שהתקיים ב - 3 חודשים. אחרים.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשולשה חודשים הקרובים ממועד הגשת התביעה. אם הגשת התביעה בשנים האחרונות ממועד נדחתת, אין צורך להציג מחדש אישורי הכנסות.
3. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחהו, ת מלא הנהלת המקום, אישור בסעיף 9 (בטופס התביעה).

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↳ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- ↳ לשאלות ולבירורים יש לפנותטלפון 6050-04-8812345.
- ↳ לצורך קבלת הסבר וסיעוע במילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או אפשר לפנות למחלקת הייעוץ לקשר בסניפי המוסד לביטוח לאומי טלפונ: 02-6463400. מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

מידע מאחות רפואי/מעובדת סוציאלית

- ↳ אם רצונך לצרף, בנוסף לתדפס מידע רפואי, מידע מאחות רפואי או עובדת סוציאלית על האחות או עוזו – יש למלא את נספח א'.

ביצוע הערצת תלות למי שהגיע לגיל 90

- ↳ אם מלאו לך 90 שנה, באפשרות לבחור בביצוע הערקה תפקודית על ידי רופא מומחה בגריאטריה במקום על ידי מעריך המוסד.
- ↳ על פי החוק יכול לבצע הערקה זו רופא מומחה בגריאטריה "במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."
- ↳ למען הסדר ספק, אין למלא טופס זה במסגרת הביטוח המרכזיים (شب"ז) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בית חולים ואין לראות בו נספח לבדיקה שנעשתה במסגרת אלו.
- ↳ בדיקת הרופא מומחה בגריאטריה היא לא עלות בעבור התובע ואין לבצע בזמן אשפוז.
- ↳ אם בחרת להיבדק ע"י רופא מומחה בגריאטריה, על הרופא למלא את נספח ב' המצורף.
- ↳ את הטופס שmailto הרופא, יש לצרף ל התביעה בנוסף לתדפס מידע רפואי מהרופא המטפל.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוטח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולבנים כאחד

עמוד 1 מתוך 9

המוסד לבישום לאומי
מנהל הגלומות
סיעוד



<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	לשימוש פנימי בלבד (סרייקה)	חותמת קבלת
--	---------------------------------------	----------------------------	-------------------

תאריך תביעה	יום	חודש	שנה
-------------	-----	------	-----

tabiah legmalt sioud

פרטי התובע		שם משפחה																																																	
מספר זהות ס"ב	שם פרטי		תאריך לידיה שנה يوم شهر																																																
מעמד משפחתי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה																																																		
<input type="checkbox"/> רוקה/ <input type="checkbox"/> אלמן/ <input type="checkbox"/> נשוי/ <input type="checkbox"/> גירוש/ <input type="checkbox"/> ידועה ב הציבור																																																			
התובע נמצא כת ב:																																																			
<input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו רחוב / תא דואר																																																			
<input type="checkbox"/> טלפון נייד טלפונ קווי																																																			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת מכתבם בדואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS																																																			
בבית החולים (אפשר להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכן לשחרור מבית חולים). פרט: שם בית החולים: _____ תאריך שחרור: _____ <input type="checkbox"/> כתובות אחרת. פרט: אצל: _____ כתובות: _____																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: right; padding: 5px;">רחוב / תא דואר</th> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">שם משפחה</th> </tr> <tr> <th style="width: 50px; text-align: right; padding: 5px;">מיקוד</th> <th colspan="2" style="padding: 5px;">שם פרטי</th> <th style="width: 50px; text-align: right; padding: 5px;">תאריך שחרור: שנה יום شهر</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">מספר בית</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"> כניסה</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">דירה</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">שם</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> כתובת לשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלווה מכתבם לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע כת ב) </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: right; padding: 5px;">רחוב / תא דואר</th> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">שם משפחה</th> </tr> <tr> <th style="width: 50px; text-align: right; padding: 5px;">מיקוד</th> <th colspan="2" style="padding: 5px;">שם פרטי</th> <th style="width: 50px; text-align: right; padding: 5px;">תאריך שחרור: שנה يوم شهر</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">מספר בית</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"> כניסה</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">דירה</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">שם</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבהיר שההתקשרות תהיה באמצעותו </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS </td> </tr> </tbody></table> </td> </tr> </tbody> </table>				רחוב / תא דואר		שם משפחה		מיקוד	שם פרטי		תאריך שחרור: שנה יום شهر	מספר בית	כניסה	דירה		שם				כתובת לשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלווה מכתבם לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע כת ב)				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: right; padding: 5px;">רחוב / תא דואר</th> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">שם משפחה</th> </tr> <tr> <th style="width: 50px; text-align: right; padding: 5px;">מיקוד</th> <th colspan="2" style="padding: 5px;">שם פרטי</th> <th style="width: 50px; text-align: right; padding: 5px;">תאריך שחרור: שנה يوم شهر</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">מספר בית</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"> כניסה</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">דירה</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">שם</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבהיר שההתקשרות תהיה באמצעותו </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS </td> </tr> </tbody></table>				רחוב / תא דואר		שם משפחה		מיקוד	שם פרטי		תאריך שחרור: שנה يوم شهر	מספר בית	כניסה	דירה		שם				מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבהיר שההתקשרות תהיה באמצעותו				<input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS			
רחוב / תא דואר		שם משפחה																																																	
מיקוד	שם פרטי		תאריך שחרור: שנה יום شهر																																																
מספר בית	כניסה	דירה																																																	
שם																																																			
כתובת לשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש לשלווה מכתבם לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע כת ב)																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: right; padding: 5px;">רחוב / תא דואר</th> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">שם משפחה</th> </tr> <tr> <th style="width: 50px; text-align: right; padding: 5px;">מיקוד</th> <th colspan="2" style="padding: 5px;">שם פרטי</th> <th style="width: 50px; text-align: right; padding: 5px;">תאריך שחרור: שנה يوم شهر</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">מספר בית</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;"> כניסה</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">דירה</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">שם</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבהיר שההתקשרות תהיה באמצעותו </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS </td> </tr> </tbody></table>				רחוב / תא דואר		שם משפחה		מיקוד	שם פרטי		תאריך שחרור: שנה يوم شهر	מספר בית	כניסה	דירה		שם				מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבהיר שההתקשרות תהיה באמצעותו				<input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS																											
רחוב / תא דואר		שם משפחה																																																	
מיקוד	שם פרטי		תאריך שחרור: שנה يوم شهر																																																
מספר בית	כניסה	דירה																																																	
שם																																																			
מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבהיר שההתקשרות תהיה באמצעותו																																																			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS																																																			

שם משפחה		כתובת לשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבהיר שההתקשרות תהיה באמצעותו)	
מספר זהות ס"ב	שם פרטי		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	שם	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד			
שם			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS			

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתייחס ביהור לביצוע הערכת תלות

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- כדי לתאם ביקור עם גורם אחר יש לצרף לתביעה בקשה שתכלול נימוקים ותיאור מפורט של הקשר עם התובע.

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי		טלפון נייד
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור		

פרטים נוספים**สภาพ דיבור**1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____**פרטי קופת חולים**

התובע שיר לקופת החולים כללית מאוחדת מכבי לאומי אחר
 סניף קופת החולים שבו הוא מתופל _____

יעוץ לKeySpecהיעוץ לKeySpec מציע שירותים ביקורי בית ע"י מתנדבים. אני מעוניין בביקורי מתנדב**פרטים על בן/בת זוג****שם משפחה****שם פרטי****מספר זהות
ס"ב**_____האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סייעוד או מקבצת/ת גמלת סייעוד? כן לא**האנשים הגרים עם התובע**

מספר זהות ס"ב	שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	בתפקוד ואם מקבל גמלת סייעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
<u>1</u>					
<u>2</u>					
<u>3</u>					

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים ממועד ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה.
- צרף אישורים מתאימים בעבר מקורות הכנסה שכינית (פרט לקבאות ביטוח לאומי).

הכנסות תובע	הכנסות בגין זוג						מקור
	יש	אין	יש	אין	יש	אין	
נא מלא גם חלק זה	<input type="checkbox"/>	עובדת שכירה					
נא סמן ✓ בסעיף המתאים	<input type="checkbox"/>	עובדת עצמאית					
<input type="checkbox"/> כל הכנסות מעברות לחשבוני הפרטி	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעובדת					
<input type="checkbox"/> כל הכנסות מעברות לקופת הקיבוץ	<input type="checkbox"/>	קופת סוציאלית מוח"ל					
<input type="checkbox"/> חלק מההכנסות מעברות לחשבוני הפרטி .	<input type="checkbox"/>	שכר דירה					
נא פרט מאיו'ן מקורות 1. _____ 2. _____	<input type="checkbox"/>	תגמול ממשרד האוצר לנכי רדיופות הנאצים, רנטה מוח"ל לניצולי קצבי סוציאלי בגין עבודה בזמן המלחמה בגטו					
<input type="checkbox"/> חלק מההכנסות מעברות לקופת הקיבוץ .	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים					
נא פרט מאיו'ן מקורות 1. _____ 2. _____	<input type="checkbox"/>	אחר. פרט:					

הוצאות הבאות: החזקה במועד, תשלום דמי מחנות, תשלום שכר דירה.

יש לצרף אישורים ושלושה חודשים רצופים ממועד ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.

סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)	התשלום עבור (ציין שם ויחס קירבה לתובע)	סכום הוצאה לחודש	סה"כ הוצאות ל-3 חודשים	לשימוש המוסד לביטוח לאומי
החזקת מועד	_____	_____	_____	_____
דמי מחנות	_____	_____	_____	_____
שכר דירה *	_____	_____	_____	_____

* י מלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.
הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדירה מוגן - נא להציג אישור מהדירות המוגן על מרכיב הוצאות הדירות בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו יונכה מההוצאות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלם על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המלצה האישור.

תפקיד בפעולות היום יומם

nidot

- נייד בכוחות עצמו
- ניד בנסיבות עצמוני רתק לכיסא גלגלי או למיטה
- גדרשת עזרה מלאה (סמן בכל אחד מהתקופדים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)
- עזרה חלקית – תמייה

תפקיד בפעולות היום יומם

אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה

טיפול בהפרשנות	טיפול	אכילה	רחצה	לבשה
תפקיד	נקודות	נקודות	נקודות	נקודות
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
טיפול בהפרשנות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרת בית מהגורמים האלה (סמן את המתאים):

9

 לא מקבל מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת משרד הביטחון

10

מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גור במוסד (אישור זה יملא המוסד או בית האבות)

ת"ז _____

אני מאשר כי מר/גב' _____

נמצא במוסדנו: _____

תאריך כניסה: _____

מס' טלפון: _____

כתובת המוסד: _____ לא רישוי
 המוסד/המחלקה שבה נמצא התובע פועל ברישוי: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות
 נמצא במחלקה: סיעודית לתשושים לתושי נפש אחרת, פרט: _____
 התחקות בין המוסד לקשייש כוללת: ארכוז ניקיון כביסה
 השתתפות בדמי החזקה על ידי גופ ציבורי מהמוסדים: בריאות עבודה ורווחה ביטחון סוכנות אין השתתפות

מוסד בקיבוץ – ימלא גם את הפרטים האלה:

המוסד מיועד: לחבר הקיבוץ ובני משפחותו בלבד קולט קשיישים מבחו
 מעמד התובע: חבר קיבוץ חבר קיבוץ אחר אורח בתשלום
 מתאריך: _____

אישור המוסד/בית האבות

תאריך: _____ שם מנהל המוסד חתימת מנהל המוסד

פרטים על תביעה לפיצוי נזקיןצד שלישי:

1. האם התלוות בזולת נגרמה כתוצאה מהתאונת (חאונת דרכים או תאונה אחרת)?

לא כן, פרט: _____

סוג התאונת: תאונת דרכים תאונה אחרת

תאריך התאונת: _____ מקום התאונת: _____

נסיבות אירוע התאונת: _____

2. האם נסקרה הוודעה למשטרת?

לא כן, לוחנת המשטרה ב: _____

כתובת תחנת המשטרה: _____

3. האם הגשת או תגייס תביעה לפיצוי נזקין?

לא כן, בתאריך: _____

מספר התביעה: _____ מילה הנتابע: _____

4. עורך הדין המציג אותך בתביעה:

שם: _____ טלפון נייד: _____

כתובת: _____

5. האם קיבלת פיצוי נזקין בגין התאונת?

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי

בתאריך: _____ מאת: _____ בסך: _____

פרטן חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבורי לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	מספר חשבון	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש
בנכסיו התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

סוג הקרבה שלי לתובע הכללי: בבת זוג הורה ב/בת אח/חות אחר:
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיפוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתיםם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעט למועד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיפוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למועד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המודע יפקיד לחשבון תשלום אשר כלו או חלקושלם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטייהם של מושci התשלומיים.

x

x

חתימת מקבל התשלום

חתימת מתחייב לתשלומי

תאריך

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה לתובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרטתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטיהם לא נכון או העלם נחונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידיעו למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלה ע"י העלאת פרטיהם שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרטתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על צירוף חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי במשך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למועד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצינו לעיל אין לתובע או לבן/בת הזוג/ה הכנסות נוספות.

x

חתימת התובע / מקבל הכללה /
מגיש התביעה

שם פרטן ומשפחה

תאריך

למלא אם מגיש התביעה אינם התובען:

הקשר לתובע

טלפון קווי

טלפון נייד

מיקוד

דירה

כניסה

מספר בית

יישוב

רחוב

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגלומות
סיעוד

נספח א'

אין חובה למלא את הטופס – תמלא אחות/עו"ו (קופ"ח/רוחה) בלבד

מידע לצורך החלטה בעניין זכאות לגמלאת סיעוד – יملאו אחות או עו"ו (קופ"ח רוחה) המעוניינים למסור מידע, בדבר תובע גמלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך הנסיבות

פרטיה התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

מיון

ישוב

דירה

כניסה

מוס' בית

רחוב/ תא דoor

שם משפחה

פרטיה התובע

שם פרטי

קייבנה

טלפון קווי/נייד

תמלא אחות או עו"ו

תמלא אחות קופ"ח

א. סמן X ליד התפקיד המתאים

התמצאות

צין מי עוזר

נסיבות

עצמאי

 עצמאי בעל מכשיר צורך לעזרה מלאה צורך לעזרה חלקית נפילות שליטה מלאה שליטה חלקית אי שליטה משתמש במוצר ספיגה פום (סטומה)

קטטר

שליטה על

עצמאי

 צורך לעזרה חלקית צורך לעזרה מלאה עצמאי

לבישה

 צורך לעזרה מלאה צורך לעזרה חלקית עצמאי

רחיצה

 צורך לעזרה מלאה צורך לעזרה חלקית עצמאי

אכילה

 צורך לעזרה חלקית צורך לעזרה מלאה עצמאי פצע לחץ קשה לריפוי יידיה ניכרת במשקל

משקל

ב. ביקור במרפאה

 מגע למרפאה בכוחות עצמו מגע למרפאה עם מלאה הוגדר כמרותק ולא מגע למרפאה

וש לציין תדריות וסיבה: _____

ג. תרופות

 לוקח באופן עצמאי לוקח באופן לא סדר צורך לעזרה: _____

שם מוסר המידע _____ חתימה וחותמת _____

ו. מצורף בהז (אבחן, דוח, חוו"ד וכדומה)

נספח ב'

הערכת רופא מומחה בגריאטריה
לבני +90

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הכללי
סיעוד



עמוד 7 מתוך 9

ס. זהות / דרכון	שם המטופל	מספר דפיים	סוג	0 8

לשימוש
פנימי
 בלבד
(סרייה)

שם הנבדק:	שנת לידה:	ת' ג'

בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא לא עלות בעבר התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז.
הערכת תפקוד בפעולות היום יום עם ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שלאו ל- 90 שנה ויתר

לרופא – נא הקף בעיגול כל סעיף, במקומם המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך עזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית.

نمוק את מסקנותך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט האם התרשם מהדגמה, מתrzpit או מדיווח.
אם סובל מעיורן מוחלט? (פחות 60/3 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודה עיורן) □ לא □ כן

ניסיונות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מראותם לכיסא/למיטה, תלוי לחלווטין באדם אחר NEYD BEZERET MASHIR AO BLUDI, AR ZOKK LE'AZRET ADAM אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיורן, או עצמאו בשימוש בכיסא גלגליים כולל מעברים MAZAMI AO BAMA'AM KAL	עצמאו בניידות בעזרת מcáSHIR AO BLUDI, LALA הזרקה או במאמץ קל	נימוק את מסקנותך				

_____1. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדריות נמוכה כפענו בחודש ממוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו זם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו זם לבדו AINO NOLF, AO NOLF LE'UTIM RACHOKOT, AO NOLF KEM LALA AZERA	נופל בתדריות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו זם לבדו NOLF BAT'DIRUT NAMOKA CFEINU B'HODOSH B'MAMOUT SHELOSET HACHODSHIM HA'OTRONIM VAINO ZEM LABDO, AO NOLF PUMIM B'HODOSH HA'OTRON VAINO KEM LABDO	نمוק את מסקנותך				

_____2. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
מתלבש ללא עזרה, לא גרבים, לבוחר בגדי אביזר או רופדי ZOKK LE'AZRA AO LD'DARAVON KL BA'LAVSHA (L'CAPETR, L'AGROB HA'COVNA CHAMODA B'SHL CHOSER TOVNA MAMA'AM AO BAMA'AM KAL	זוקק לסייע או לדרבון קל בהלבשה (לכפטר, לאגרוב הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה ZOKK LE'SIYU AO LD'DARAVON KL BA'LAVSHA (L'CAPETR, L'AGROB HA'COVNA CHAMODA B'SHL CHOSER TOVNA	نمוק את מסקנותך				

_____3. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זוקק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה ZOKK LE'AZRA MALLAH RACHZT PANIM, AO MASREB B'SHL CHOSER TOVNA	עצמאו ברחצת פנים אך זוקק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גופו ULIYN AO TACHTON ZOKK LE'SIYU AR RACHZT PANIM AR ZOKK LE'AZRA KNEISA L'MATKAN KL B'RACHZA, CHIFUT RASH, RACHZT COPOT (רגליים)	מתרחץ ללא עזרה, לא מאמץ או במאמץ קל ZOKK LE'SIYU AO LD'DARAVON KL B'RACHZA (KNEISA L'MATKAN KL B'RACHZA, NACHOTH, CHIFUT RASH, RACHZT COPOT (רגליים))	نمוק את מסקנותך			

הערכת תפקוד בפועלות – המשך

5. אכילה ושתייה						
7	6	5	4	3	2	1
תלי לחותין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזרה מלאכותית , או מסרב בשל חוסר תובנה	זוקק לעזרה בהאכלה (או שתיה)	זוקק לשימוש בנטילת תרופות, עיורון מוחלט, אין מחמכו או מגיש לעצמו מנת מזון	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חיים והגשת מנת מזון לא מאמץ או גאותם בה			

נמק את מסקנותך

6. הפרשות

נמק את מסקנתך

7. השגחה

1	סביבתו	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו ואילו אפסר
2	סביבתו	מסוכנים את עצמו או את סביבתו ואילו אפסר

נמה את מסקנותך, אם מדובר בזkan בעל יכולת קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

הנחיות – ערך סטנדרטי באט אסן /שינוי רמנולר ששת החודשים הבאים:

צפיה החמרה צפיה יציבות חדשים

בארכג ארכנו ברופא במומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו

- מילאתי ווועפּ זה על סטן בדיקתי. 1

פרטיו המודד הרפואי :

שם המוסד הרפואי הציבורי

2. בחר באחת מהאפשרויות

 - מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכתה גרייטרית שערכתי בתאריך _____ ועל סמך הערכת גרייטרית שער ד"ר _____
 - מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך _____ (אלא לזרוף את הערכתו).
 - שם הרופא המומחה בגריאטריה _____ חותמת המוסד הרפואי ציבור או המרפאה _____ חתימה *

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו תחליף לסתורם המידע הרפואי של התובע. רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל גייעוץ רפואי, לרבות בעית הדורות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמר על רצף רפואי.

המוסד לביטוח לאומי
מיניבת הגמלאות
סיעוד



כתב ויתור סודיות רפואי

שם הגמלאה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח

	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלאה
			96
	שם פרטי	שם משפחה	
חבר בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input checked="" type="checkbox"/> אחר			

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס (יש לצרף צילום "צוא אפוטרופוס")

אני הח"מ, שפרטיו האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:

שם פרטי _____ מס' זהות _____ שם משפחה _____

מוותר על הסודיות הרפואי שלו:

מבקש בזאת למסור למשטרת אונמי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואה, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותני.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕
נותן בזאת את הסכמתו למסור למשטרת אונמי למשטרת מידע רפואי ווציאלי אודותני הדרושים למtan טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחבר הוועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעם וכן לננתן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕
נותן בזאת את הסכמתו למסור למשטרת אונמי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערצת התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕
מאשר בזאת, כי ידוע לי, שמידע על מחלתו מדבקת (אם קיימת) "מסר לננתן" השירותים ולטפליה/מטעמו בהתאם למוגבלות האמורות בחוק זכויות החולים.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕
אם החותם אינו התובע, יש לצרף צילום צוא אפוטרופוס.