



תביעה לגמלת סיעוד

חובה לצרף לטופס זה

1. תדפיס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי, אבחנות ותרופות), חתום על ידי רופא מטפל (רופא המשפחה), ו/או סיכום אשפוז שהתקיים ב – 3 חודשים אחרונים.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.
3. אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים מאז נדחית, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום, אישור בסעיף 9 (בטופס התביעה).

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↪ לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת הייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400. מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

הגעה לגיל 90

- ↪ אם מלאו לך 90 שנה, אתה יכול לבחור בביצוע הערכה תפקודית של רופא מומחה בגריאטריה* (ללא תשלום), במקום על ידי מעריך המוסד.
- אם בחרת להיבדק על ידי הרופא מומחה בגריאטריה, על הרופא מומחה בגריאטריה למלא את נספח ב' המצורף, טופס זה יצורף לתביעה, נוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.

* על פי החוק יוכל לערוך הערכה זו רופא מומחה בגריאטריה אשר מועסק "במוסד רפואי ציבורי" שבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."

שים לב, נספח אינו מהווה תחליף לתדפיס המידע הרפואי.

ביצוע הערכת תלות למי שמלאו לו 80 וטרם מלאו לו 90

- אם מלאו לך 80 וטרם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכת תפקוד ע"י רופא מומחה בגריאטריה בביתך (ללא תשלום ע"י התובע*), במקום ע"י מעריך המוסד. ביצוע הערכת התלות על יד רופא, הינה במסגרת תוכנית ניסיונית לתובעים המתגוררים באזור הניסוי. אזור הניסוי הוא היישובים השייכים לסניפי המוסד: טבריה, ירושלים ופתח תקווה. הבדיקה, כאמור, תיערך בבית התובע.
- אם בחרת להיבדק ע"י רופא מומחה בגריאטריה, על הרופא למלא את נספח ב' המצורף לטופס זה ויצורף לתביעה בנוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.

* עפ"י החוק, יוכל לערוך הערכה זו, רופא מומחה בגריאטריה אשר מועסק "במוסד רפואי ציבורי בבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי"

מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

אם ברצונך לצרף, בנוסף לתדפיס מידע רפואי, מידע מאחות מרפאה או עובדת סוציאלית על האחות או עו"ס - יש למלא את נספח א'.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

תאריך תביעה

שנה חודש יום

תביעה לגמלת סיעוד

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/>

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

התובע נמצא כעת ב:

בכתובת הנ"ל

בבית חולים (אפשר להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט:

שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור*: _____

בכתובת אחרת. פרט: אצל: _____ כתובת: _____

שפות דיבור

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

פרטי קופת חולים

התובע שייך לקופת חולים _____

כניף קופת החולים שבו הוא מטופל _____

ייעוץ לקשיש

הייעוץ לקשיש מציע שירותי ביקורי בית שניתן 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 סיעוד או מקבלת/גמלת סיעוד? כן לא

2 בן/בת משפחה או אפטרופוס – לתיאום ביקור

2

- יש לצרף אישור על מינוי אפטרופוס
- לא ניתן לרשום בבקשה לתיאום מי שאינו בן/בת משפחה או אפטרופוס. בקשה לתיאום עם גורם אחר תצורף לתביעה ותכלול נימוקים לבקשה ותיאור מפורט של הקשר עם הקשיש.

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS

3 כתובת המטפל העיקרי (ימולא רק כאשר יש לשלוח מכתבים המופנים לתובע לכתובת המטפל העיקרי גם אם מולא סעיף 2)

3

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			

4 האנשים הגרים עם התובע

4

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
1					
2					
3					

5 פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

5

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה.
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).

מקור	הכנסות תובע		הכנסות בן/בת זוג	
	יש	אין	יש	אין
עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
רנטה מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
תגמולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אחר: פרט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

הוצאות קבועות: החזקה במוסד, תשלום דמי מזונות, תשלום שכר דירה

יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי	סכום הוצאה לחודש				התשלום בעבור (ציין שם יחסי קירבה לתובע)	סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)
סה"כ הוצאות ל-3 חודשים	_____	_____	_____	_____		החזקה במוסד
						דמי מזונות
						שכר דירה *

* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.

הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדירה מוגן - נא להמציא אישור מהדירור המוגן על מרכיב הוצאות הדירור בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

7

תפקוד בפעולות היום יום

ניידות

- נייד בכוחות עצמו נייד בהשגחה או מתהלך לבד עם מכשיר
 נדרשת עזרה מלאה רתוק לכיסא גלגלים או למיטה

תפקוד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)

תפקוד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8

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

לא מקבל

מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממשרד הביטחון

9

מגורים במוסד/בית אבות - אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד/בית האבות)

אני מאשר כי מר/גב' _____ ת"ז _____

נמצא במוסדנו: _____ תאריך כניסה: _____

כתובת המוסד: _____ מס' טלפון: _____

המוסד/המחלקה שבה נמצא התובע פועל ברישיון: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות ללא רישיון

נמצא במחלקה: סיעודית לתשומים לתשומי נפש אחרת, פרט: _____

ההתקשרות בין המוסד לקשיש כוללת: ארוחות ניקיון כביסה

השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים: בריאות עבודה ורווחה ביטחון סוכנות אין השתתפות

מוסד בקיבוץ - ימלא גם את הפרטים האלה:

המוסד מיועד: לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד קולט קשישים מבחוץ

מעמד התובע: חבר קיבוץ חבר קיבוץ אחר אורח בתשלום אורח לא בתשלום

מתאריך: _____

אישור המוסד/בית האבות

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד * _____

10

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלולת בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?
 לא כן, פרט:

סוג התאונה: תאונת דרכים תאונה אחרת

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____

נסיבות אירוע התאונה: _____

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____

כתובת תחנת המשטרה: _____

3. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?

לא כן, בתאריך: _____

מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____

כתובת: _____

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי

בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

11

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה: בן/בת זוג הורה בן/בת אח/אחות אחר: _____
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

נספח א'

אין חובה למלא את הטופס – תמלא אחות או עו"ס (קופ"ח /רווחה) בלבד

מידע לצורך החלטה לזכאות לגמלת סיעוד – ימלאו אחות או עו"ס (קופ"ח רווחה) המעוניינים למסור מידע, בדבר תובעי גימלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות

פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					מיקוד

מטפל עיקרי בתובע

שם משפחה	שם פרטי	קירבה	טלפון קווי/נייד

תמלא אחות או עו"ס

תמלא אחות קופ"ח

א. סמן X ליד התפקוד המתאים	ציין מי עוזר	א. סמן X ליד התפקוד המתאים																																																			
<table border="1"> <tr> <td>התמצאות</td> <td><input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום</td> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון</td> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות</td> </tr> <tr> <td>שיתוף פעולה</td> <td><input type="checkbox"/> משתף פעולה</td> <td><input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון</td> <td><input type="checkbox"/> לא משתף פעולה</td> </tr> <tr> <td>תקשורת</td> <td><input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין</td> <td><input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור</td> <td><input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר</td> </tr> </table>	התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון	<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות	שיתוף פעולה	<input type="checkbox"/> משתף פעולה	<input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון	<input type="checkbox"/> לא משתף פעולה	תקשורת	<input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר		<table border="1"> <tr> <td>ניידות</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> נפילות</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">הפרשות, שליטה על סוגרים</td> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> שליטה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> אי שליטה</td> <td><input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה</td> <td><input type="checkbox"/> פיום (סטומה)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> קטטר</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> רחיצה</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">אכילה</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td>מצב העור</td> <td><input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי</td> <td><input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל</td> <td colspan="2"> ב. ביקור במרפאה <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה <input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה יש לציין תדירות וסיבה: _____ </td> </tr> <tr> <td>משקל</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"> ג. תרופות <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____ </td> </tr> </table>	ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> נפילות	הפרשות, שליטה על סוגרים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה חלקית	<input type="checkbox"/> אי שליטה	<input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה	<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)	<input type="checkbox"/> קטטר	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> רחיצה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	אכילה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עצמאי	מצב העור	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי	<input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל	ב. ביקור במרפאה <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה <input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה יש לציין תדירות וסיבה: _____		משקל				ג. תרופות <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____	
התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון	<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות																																																		
שיתוף פעולה	<input type="checkbox"/> משתף פעולה	<input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון	<input type="checkbox"/> לא משתף פעולה																																																		
תקשורת	<input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר																																																		
ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> נפילות																																																
הפרשות, שליטה על סוגרים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה חלקית	<input type="checkbox"/> אי שליטה	<input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה	<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)																																																
	<input type="checkbox"/> קטטר	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עצמאי																																																
	<input type="checkbox"/> רחיצה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית																																																
אכילה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עצמאי																																																
	מצב העור	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי	<input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל	ב. ביקור במרפאה <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה <input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה יש לציין תדירות וסיבה: _____																																																	
משקל				ג. תרופות <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____																																																	

ב. מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם לאלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט: _____

ג. אפטרופוס:
 אין מונה אפטרופוס בתהליך מינוי

ד. מקבל (מארגונו של ממלא הטופס) שירותי:
 טיפול אישי בבית. סוג: _____
 טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____

ה. הערות

ו. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)

שם מוסר המידע _____ חתימה וחותמת _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

נספח ב'

ימולא רק ע"י רופא מומחה
בגריאטריה בלבד

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p>																			
0	8																		

סוג המסמך דפים

שם הנבדק: _____ שנת לידה: _____
ת"ז

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

הערכת תפקוד בפעולות היום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי שמלאו לו 90 שנה ויותר או מלאו לו 80 שנה וטרם מלאו לו 90 – בסניפי הניסוי

לרופא – נא הקף בעיגול בכל סעיף, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטאלית.

1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר		נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים				עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל
נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)						

2. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו		נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש במוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו				אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה
נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)						

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנסים/חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה		זקוק לסיוע או דרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)				מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל
נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)						

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה		עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון/תחתון		זקוק לסיוע / דרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגלים)		מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל
נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)						

הערכת תפקוד בפעולות – המשך

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לסייע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל			

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

6. הפרשות

7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית	זקוק לסייע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות	

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ואי אפשר להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	זקוק להשגחה בביצוע רוב פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו				

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

הצהרה ופרטי מוסר המידע

בחר באחת מהאפשרויות

- מילאתי טופס זה ע"ס בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי, במוסד הרפואי ציבורי/מרפאה _____ בתאריך _____
- מילאתי טופס זה ע"ס הערכה גריאטרית של ד"ר _____ בתאריך _____ ובדיקה שלי בתאריך _____
- מילאתי טופס זה בבית התובע

שם הרופא המומחה בגריאטריה _____ חותמת המוסד הרפואי ציבורי/מרפאה _____

חתימה * _____ חותמת _____

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו מהווה תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע.