

המוסד לביטוח לאומי**ביטוח סיעוד****תביעה לגמלת סיעוד**

חשוב לקרוא את ההנחיות להלן על מנת לבחון ולהחליט אם יש מקום להגיש תביעה לגימלת סיעוד. מנסיוננו הדבר עשוי למנוע מכם טירדה מיותרת.

גמלת סיעוד ניתנת למי שתלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות היום יום כמו: לבישה, אכילה, רחצה, ניידות בתוך הבית, שליטה וטיפול בהפרשות, או הזקוק להשגחה. תנאי נוסף הוא שהמבוטח הגיע לגיל הפרישה (טבלה מעבר לדף).

במקרה של מגבלה בעלת אופי זמני הזכאות ניתנת לתקופה זמנית.

קביעת זכאות

- לשם קביעת הזכאות נבדקים אישורים שונים (ראה הנחיות לתובע).
- נערכת בדיקה של התפקוד על ידי מעריך מקצועי שיבקר לשם כך בביתכם, תוך כשבועיים, מיום הגשת התביעה.
- **לתשומת לבך: לבני 90 שנה ויותר:** באפשרותך להמציא למוסד לביטוח לאומי בדיקה של רופא מומחה בגריאטריה במקום להיבדק ע"י מעריך. ראה סעיף 4, הנחיות לתובע להלן.
- המעריך יראיין את הזקן ובני ביתו במקום מגוריו ויבקש הדגמה של חלק מפעולות היום יום.
- הזכאות נקבעת על סמך כל הנתונים שהצטברו (כולל הערכת המעריך).
- פרק הזמן המקסימלי עד סיום תהליך הטיפול בתביעה כ- 60 יום.

הנחיות לתובע:

הנך נדרש למלא את טופס התביעה על כל חלקיו ולצרף לטופס התביעה את האישורים הבאים:

1. אישור מרופא:
הרופא המטפל ימלא את התעודה הרפואית בעמוד 8 בטופס.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות:
יש לצרף אישורים על הכנסה ל- שלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה (אין צורך לצרף אישורים על קיצבאות ביטוח לאומי). הכנסות שיכולות להשפיע על קביעת הגימלה.
3. אישור מבית אבות / מוסד:
אם אתה/גרה בבית אבות או מוסד, על המוסד / בית האבות למלא אישור בעמוד 5.
4. אם מלאו לך 90 שנה, תוכל להיבדק ע"י רופא גריאטר.
אם הינך מעוניין בבדיקה על ידי רופא גריאטר, עליך לפנות אל רופא גריאטר המועסק בבית חולים או במרפאה ציבורית (באחת מקופות החולים) ולבקשו למלא טופס הערכה תפקודית (המצ"ב בעמוד 10). תביעה שמולאה ללא הטופס המיוחד (עמ' 10), תיבדק במסלול הרגיל.
- עליך להקפיד לחתום בסעיף 12, 13 ו/או 14.
אם הוגשה תביעה במהלך שנים עשר החודשים שקדמו לתביעה זו, יש למלא סעיפים 1, 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14 סעיפים אחרים יש למלא רק כאשר חל שינוי בנתונים.

לפני מילוי התביעה

אנא הפרד את דפי טופס המידע הרפואי המיועד למילוי על ידי הרופא (עמוד 8 על העתקיו). לאחר מילוי הטופס על ידי הרופא אנא הצמד אותו מחדש לטופס התביעה.

יש להעביר את הטופס (אפשרי גם בדואר) ליחידת הסיעוד בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת הייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי.

טבלת גיל פרישה

גיל פרישה לגבר	
גיל הזכאות (בשנים)	חודש הלידה
65	עד יוני 1939
65 ו-4 חודשים	יולי ואוגוסט 1939
65 ו-8 חודשים	ספטמבר 1939 עד אפריל 1940
66	מאי עד דצמבר 1940
66 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1941
66 ו-8 חודשים	ספטמבר 1941 עד אפריל 1942
67	מאי 1942 ואילך

גיל פרישה לאשה	
גיל הזכאות (בשנים)	חודש הלידה
60	עד יוני 1944
60 ו-4 חודשים	יולי ואוגוסט 1944
60 ו-8 חודשים	ספטמבר 1944 עד אפריל 1945
61	מאי עד דצמבר 1945
61 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1946
61 ו-8 חודשים	ספטמבר 1946 עד אפריל 1947
62	מאי 1947 עד דצמבר 1949
62 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1950
62 ו-8 חודשים	ספטמבר 1950 עד אפריל 1951
63	מאי עד דצמבר 1951
63 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1952
63 ו-8 חודשים	ספטמבר 1952 עד אפריל 1953
64	מאי 1953 ואילך

4. האנשים הגרים עם התובע

ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	יחס קירבה	שנת לידה	צייו אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סעוד / שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
1					
2					
3					
4					

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

- צרף אישורים מתאימים עבור מקורות ההכנסה שצינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מאחד מהמקורות המפורטים בטבלה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מקור	הכנסות תובע		הכנסות בן/בת		הכנסות תובע לחודש (רשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)		הכנסות בן/בת הזוג לחודש (רשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)	
	יש הכנסות	אין הכנסות	יש הכנסות	אין הכנסות				
קצבת זקנה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
קצבאות ביטוח לאומי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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, שכר דירה במקרה של שכירת דירה חלופית

(יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה). לשימוש המוסד לביטוח לאומי

סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)	סכום הוצאה לחודש				התשלום עבור (ציין שם ויחס קירבה לתובע)	החזקה במוסד/ דמי מזונות/ שכר דירה
סה"כ הוצאות ל- 3 חודשים						

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מבחן הכנסות בתקופה הקובעת - רשום חודש אמצעי _____

סה"כ הכנסות	סה"כ הוצאות	סה"כ הכנסות בניכוי הוצאות	סה"כ הכנסות ל- 3 חודשים	נפשות למבחן

7. תפקוד בפעולות היום יום

1. ניידות

נייד בכוחות עצמו נייד בהשגחה ו/או מתהלך לבד עם מכשיר עזרה חלקית-תמיכה

נדרשת עזרה מלאה רתוק לכיסא גלגלים או למיטה.

2. 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 עבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)

לא מקבל

מקבל מהמוסד לביטוח לאומי: שירותים מיוחדים עזרה בבית או עזרת הזולת בפעולות איבה גמלת מיוחדת לנכה מעבודה (סעיף 112 לחוק)

מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממוסד הביטחון.

9. מגורים במוסד / בית אבות אם התובע גר במוסד (אישור זה ימולא ע"י המוסד / בית אבות)

הריני לאשר כי מר/גב' _____ ת.ז. _____ נמצא במוסדנו

שם המוסד _____ תאריך כניסה _____

כתובת המוסד / בית אבות _____ טלפון _____

המוסד / המחלקה בה נמצא הזקן פועל ברשיון: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות ללא רשיון

נמצא במחלקה: סיעודית לתשושים לתשושי נפש אחרת, פרט: _____

ההתקשרות בין המוסד לזקן כוללת: ארוחות נקיון כביסה

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

מוסד בקיבוץ - ימלא בנוסף את הפרטים הבאים:

המוסד מיועד: לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד קולט זקנים מבחוץ

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

מתאריך _____

אישור המוסד / בית אבות _____

שם מנהל המוסד _____ חתימת מנהל המוסד _____ תאריך _____

10. פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי:

1. האם התלנת בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)? לא כן

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/י תביעה לפיצוי נזיקין? לא כן, בתאריך _____
מיהו הנתבע _____ מס' התיק _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה _____
שם _____ כתובת _____
טלפון _____ טלפון נייד _____

5. האם קבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה? טרם קיבלתי פיצוי
 קבלתי פיצוי בסך _____ מאת _____ בתאריך _____

11. פרטי חשבון הבנק אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

א. שם הבנק _____ הסניף _____ מספר חשבון _____
החשבון מתנהל ע"ש _____
קירבה לתובע _____
הצהרת בעל החשבון: _____
אם יופקדו לחשבוני על ידי המוסד לביטוח לאומי סכומי כסף, שבחלקם או כולם שולמו בטעות או שלא כדין אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לפי דרישתו סכומים אלה

תאריך _____ שם _____ חתימה _____

ב. אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח, 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 שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה _____

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפוטרופסו (אם מונה לו כזה).
הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

אני _____ הח"מ מספר זהות _____

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 אודותיי.

אני _____ הח"מ מספר זהות _____

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

אני מאשר בזה כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת מטעמו.

תאריך _____ חתימה _____

אם החותם אינו הזקן יש לצרף צילום צו אפוטרופסו.

13. הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום/ה מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי למחלקת סיעוד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה ושיש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה תוך 30 יום ממועד השינוי. (שינוי בכתובת מגורים, אשפוז בבית חולים, מעבר לבית אבות, שינוי במצב המשפחתי, שינוי משמעותי בהכנסות).
כמו כן, אני מתחייב להודיע על יציאה מהארץ.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שצויינו לעיל אין לתובע ו/או לבן/בת זוגו הכנסות נוספות.

שם פרטי ומשפחה _____ תאריך _____ חתימת התובע/מקבל הגמלה/מגיש התביעה _____

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

הקשר לתובע: _____ כתובת _____
טלפון _____ טלפון נייד _____

אישור פקיד התביעות, שם _____ תאריך _____ חתימה _____

שם החולה _____

ת.ז. _____

הקף
בעיגול

א.	מערכות	מתאריך	אבחנות עיקריות	קוד	ב. טיפול רפואי נוכחי (כולל תרופתי)
.1	Heart/ Circulation		Ischemic Heart Disease	.1	ג. אשפוזים / אירועים בשישה חודשים אחרונים (פרט שני אירועים - המשמעותיים ביותר) <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש (פרוט להלן) 1. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____ תאריך האירוע / אשפוז _____ מקום אשפוז _____
			S/P Myocardial Infarction	.2	
			S/P CABG	.3	
			S/P PTCA	.4	
			Cardiac Arrhythmia	.5	
			Atrial Fibrillation	.6	
			Pacemaker	.7	
			Congestive Heart Failure	.8	
			Peripheral Vascular Disease	.9	
		.2	Neurological/ Psychiatric		
	S/P CVA			.11	
	Hemiparesis / Hemiplegia			.12	
	Dysphasia / Aphasia			.13	
	S/P TIA			.14	
	Parkinson's Disease			.15	
	Seizure Disorder			.16	
	Dementia			.17	
	Depression			.18	
	Psychiatric illness			.19	
.3	Endocrine		Diabetes Mellitus	.20	
			Hypothyroidism	.21	
			Hyperthyroidism	.22	
.4	Musculoskel		Osteoarthritis	.23	ד. מצב קוגניטיבי (ציין אפשרות אחת) 1. מתמצא בזמן ובמקום 2. הפרעה קלה בהתמצאות - או הפרעה חולפת 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות 4. דמנציה-עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי 5. אין מידע
			Rheumatoid arthritis	.24	
			S/p Hip Surgery	.25	
.5	Respiratory		Chronic Lung Disease	.26	
			Asthma	.27	
.6	Renal		Renal Failure (acute or chronic)	.28	
			Hemodialysis	.29	
			Peritoneal dialysis	.30	
.7	Oncological		Provide details	.31	ה. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יום יומי <input type="checkbox"/> בשני החודשים האחרונים <input type="checkbox"/> בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים <input type="checkbox"/> אין מידע
.8	Other		Anemia	.32	
			Malnutrition	.33	
			Hypertension	.34	
			Infectious Disease	.35	
.9			Other (provide details)	.36	ז. האם הזקן סובל ממחלה מדבקת פעילה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____

שם הרופא _____ המרפאה / בית חולים _____ טלפון _____

תאריך _____ חתימה וחותמת _____

16. מידע לצורך החלטה בזכאות לגמלת סיעוד (אין חובה למלא דף זה)

ימולא על ידי אחות / עו"ס (קופ"ח / רווחה) המעוניינים למסור מידע, לגבי תובעי גימלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות.

שם הזקן _____ ת.ז. _____ כתובת _____ מטפל עיקרי בזקן: שם: _____ קירבה _____ טל: _____

ימולא על ידי אחות קופ"ח													
סמן ✓ ליד התפקוד המתאים	ציין מי עוזר												
ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי												
	<input type="checkbox"/> עצמאי עם 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)												
הלבשה	<input type="checkbox"/> עצמאי												
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית												
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה												
רחיצה	<input type="checkbox"/> עצמאי												
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית												
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה												
אכילה	<input type="checkbox"/> עצמאי												
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית												
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה												
מצב העור משקל	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי												
	<input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל												
<p>ביקור במרפאה:</p> <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה <input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה ציין תדירות וסיבה: _____ <p>תרופות:</p> <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____													
<p>ימולא על ידי אחות / עו"ס</p> <p>סמן ב- ✓ את התפקוד המתאים</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="3">התמצאות</td> <td><input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בזכרון</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">שיתוף פעולה</td> <td><input type="checkbox"/> משתף פעולה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא משתף פעולה</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">תקשורת</td> <td><input type="checkbox"/> מבין ומדבר לענין</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר</td> </tr> </tbody> </table>		התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> הפרעה בזכרון	<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 לענין	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר
התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום												
	<input type="checkbox"/> הפרעה בזכרון												
	<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 לענין												
	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור												
	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר												
<p>מצ"ב (אבחון, דו"ח חו"ד וכו') _____</p> <p>הערות: _____</p> <p>מקבל (מאירגונו של ממלא הטופס) שירותי טיפול אישי בבית או במרכז טיפולי: ציין סוג והקף: _____</p> <p>אפוטרופוס: אין / מונה אפוטרופוס / בתהליך מינוי _____</p> <p>מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם / אלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי / חברתי חריג) פרט: _____</p>													

פרטי מוסר המידע: הארגון: _____ תפקיד: _____ שם: _____ טל: _____ חתימה וחותמת _____ תאריך _____



**הערכת תפקוד בפעולות היום יום
על ידי רופא מומחה בגריאטריה
למי שמלאו לו 90 שנה ויותר**

לשימוש פנימי (סריקה)

מס' זיהוי	סוג	דפים	המספר
018			

שם הנבדק _____ ת.ז. _____ שנת לידה _____

(לרופא – נא סמן X בכל סעיף בשורה העליונה, במקום המתאים על פני הרצף, על הציון לבטא צורך בעזרה בדרך כלל הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית)

1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר.	מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר.	מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר.	מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר.	מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר.	מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר.	מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר.

2. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה קם לבדו.	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה קם לבדו.	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה קם לבדו.	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה קם לבדו.	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה קם לבדו.	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה קם לבדו.	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה קם לבדו.

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
מחליף ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מחליף ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מחליף ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מחליף ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מחליף ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מחליף ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מחליף ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל.	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל.	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל.	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל.	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל.	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל.	אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל.

6. הפרשות

7	6	5	4	3	2	1
עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות.	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות.	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות.	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות.	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות.	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות.	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות.

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

שם המוסד הרפואי _____ שם הרופא _____ חתימה וחותמת _____ תאריך _____