



**הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד**

**תובע נכבד**, קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות", "מבחן הכנסות" ותנאים נוספים. מידע מלא על גמלת הסיעוד ועל תנאים המזכים לקבלתה ניתן למצוא באתר המוסד לביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

בהערכת התלות נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום יום ומידת הצורך שלו בהשגחה. הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:

- ↪ הערכת מידת התלות שתקבע על סמך המידע שנמסר במכתב הסיכום הרפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה או סיכומי אשפוז ומכתבים רלוונטיים נוספים. ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכיו"ב **ראה הנחיות בנספח א'**. יתכן ותערך שיחת טלפון להשלמת המידע.
- ↪ הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע על בן משפחה או אפוטרופוס להיות נוכח בדיקה. **במצב זה יש למלא את סעיף 6 בטופס.**
- ↪ הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה **ללא עלות** במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בבית חולים. **ראה נספח ב'.**

לצורך בדיקת העמידה שלך במבחן הכנסות ובתנאים הנוספים נדרש:

↪ אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (**למעט** קצבאות ביטוח לאומי, אישורי ביטוח סיעודי פרטי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.

אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.

**עצמאי** – נא בדוק עם מחלקת גבייה בסניף שההכנסות בביטוח לאומי הן על בסיס שומה עדכנית

אם היית עצמאי והפסקת את פעילותך, יש לוודא שהתיק בגביה נסגר על מנת לא לפגוע בך בעת ביצוע מבחן הכנסות לגמלת סיעוד.

**פנסיה מחו"ל** – נא צרף דו"ח שומה עדכני.

**בעל הכנסה משכר דירה** – נא צרף חוזה שכירות עדכני.

↪ **יתכן וידרשו אישורי הכנסות של 12 החודשים האחרונים או טופס 106.**

↪ **אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום את האישור המופיע בסעיף 12. מי שמתגורר במוסד בקיבוץ ימלא סעיף 14 בטופס.**

**כיצד יש להגיש את התביעה**

↪ לצורך קבלת מידע על גמלת הסיעוד והסבר על מילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או לפנות למחלקת הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: \*9696.

**את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

**מידע נוסף**

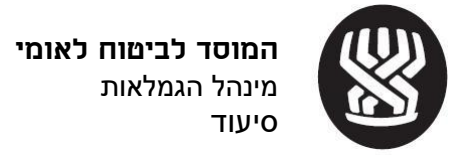
- ↪ לא ניתן לקבל בו זמנית גמלת סיעוד וגמלה אחרת מטעם המדינה עבור שירותי סיעוד כגון קצבת שירותים מיוחדים.
- ↪ באפשרותך לפנות לפקיד השומה במס הכנסה באזור מגוריך לשם בחינת זכאותך לפטור ממס הכנסה.
- ↪ ניתן לעקוב אחר הטיפול בתביעתך באזור האישי באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.

**חובה לחתום על טופס התביעה**

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                 מס' זהות / דרכון                  סוג המסמך <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</span> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

### חותמת קבלה



תאריך תביעה

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

**1 פרטי התובע**

מספר זהות ס"ב _____	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	שם פרטי	שם משפחה
---------------------------	--	---------	----------

מצב משפחתי  
 רווק/ה  אלמנה  פרודה/ה  נשוי/אה  גרושה  ידועה/בציבור

דואר אלקטרוני: _____@_____	טלפון נייד _____	טלפון קווי _____
-------------------------------	---------------------	---------------------

**אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:**

מס' זהות איש קשר ס"ב _____	קשר לתובע	שם פרטי	שם משפחה
----------------------------------	-----------	---------	----------

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

**שפות דיבור**

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_

**כתובת מגורים:**

כתובת המגורים הרשומה במשרד הפנים  
 במוסד (נא ראה סעיפים 12-14)  
 כתובת אחרת. אצל מי: שם \_\_\_\_\_ קרבה \_\_\_\_\_

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

**כתובת למשלוח דואר (ימולא רק אם בן משפחה/אפוסטרופוס מבקש לשלוח מכתבים לכתובת שונה מהכתובת בה נמצא התובע (כעת))**

מספר זהות ס"ב _____	שם פרטי	שם משפחה

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

**תעודת עיוור**

האם ברשותך תעודת עיוור?  לא  כן  
 האם התחלת בתהליך לקבלת תעודת עיוור?  לא  כן

2

**מה הסיבה להגשת התביעה?**

פרט את הסיבה להגשת התביעה, תאר את השינוי במצבך התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה וטיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות). פרט מהי העזרה לה אתה זקוק בבית.

---



---



---



---



---

3

**הגשת תביעה לפני אשפוז או במהלך אשפוז**

לפני אשפוז, תאריך האשפוז המתוכנן \_\_\_\_\_  
 במהלך אשפוז, שם בית החולים: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ תאריך שחרור מתוכנן: \_\_\_\_\_

4

**פרטים על בן/בת זוג**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

5

**האנשים הגרים עם התובט**

האם מתגוררים אנשים נוספים עם התובע?  לא  כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	יחס קרבה
		ס"ב	
		ס"ב	

6

**בן/בת משפחה או אפוטרופוס – להשלמת מידע ולתיאום ביקור בית של מעריך תלות או עובד סוציאלי**

על האפוטרופוס לצרף אישור על מירוי אפוטרופוס

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	

נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור  כן  לא

7

**בחירת שירותים או כסף**

- אם תמצא זכאי לגמלת סיעוד ברמה ראשונה, באפשרותך לבחור אחת מ- 4 אפשרויות:
- קצבה בסך - 1,408 ₪
  - 5.5 יחידות בשבוע שניתן להשתמש בהן לטיפול אישי בבית, מרכז יום, משדר מצוקה, שירותי כביסה ומוצרי ספיגה (ללא כסף).
  - 5.5 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן כשילוב של מגוון שירותי סיעוד וגמלת כסף.
  - 9 יחידות שירות בשבוע שניתן להשתמש בהן למגוון שירותים ללא קצבה בכסף וללא טיפול אישי בבית.

לתשומת לבך, ברמות זכאות אחרות האפשרויות לבחירה אחרות. במקרים בהם יש הפחתה בגין הכנסות גבוהות יופחתו השעות/ יחידות השירות ב 50% מערכן.

8

**פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי**

האם התלוצת בזולת כולה או מקצתה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים?  כן  לא  
 האם התלוצת בזולת נגרמה כתוצאה אירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?

לא  כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_  
 נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

האם נמסרה הודעה למשטרה?

לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' תיק: \_\_\_\_\_  
 כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_

האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?  לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_  
 מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_

עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_

האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי  קיבלתי פיצוי  לא קיבלתי

בסך: \_\_\_\_\_ מאת: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_

9

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

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה מהארץ או מחו"ל וגם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שצינת עבוך ועבור בן/בת הזוג
- אם הנך חבר קיבוץ, נא פרט על כל הכנסה המפורטת מטה שמקורה מחוץ לקיבוץ בו הנך חבר.

הכנסות בן/בת זוג			הכנסות תובע		
יש	אין	מקור	יש	אין	מקור
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה נא לצרף 3 תלושי שכר אחרונים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה נא לצרף 3 תלושי שכר אחרונים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית ראה הערה לעצמאים בעמוד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית ראה הערה לעצמאים בעמוד 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה פנסיה מחו"ל ראה הערה בעמוד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה פנסיה מחו"ל ראה הערה בעמוד 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה ראה הערה בעמוד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה ראה הערה בעמוד 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	משרד הביטחון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	משרד הביטחון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב)  
 אם אינך מסכים, ציין זאת:  אני התובע מסרב  אני בן זוג התובע מסרב (נשוי/ידוע בציבור)  
 לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי.  
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

10

**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)
	_____	_____	_____	_____		החזקה במוסד
סה"כ הוצאות ל- 3 חודשים	_____	_____	_____	_____	_____	דמי מזונות
	_____	_____	_____	_____	_____	שכר דירה *
	_____	_____	_____	_____	_____	

\* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת. – נא צרף חוזה שכר דירה ו/או נכס עדכני וחתום, בגין כל נכס (במידה ויש יותר מנכס אחד)

**הערה:** לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדירור 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.

11

**קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשד הביטחון**

לא מקבל  מקבל :  תשלום כספי  שירותים

12

**מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)**

התובע שווה במוסדו – שם המוסד :



טלפון

כתובת המוסד

המוסד פועל ברישיון:  משרד העבודה והרווחה  משרד הבריאות  ללא רישיון   
 התובע נמצא במחלקה:  סיעודית  לתשושים  לתשושי נפש  לעצמאיים   
 אחרת פרט, \_\_\_\_\_

המוסד הוא תאגיד  בבעלות ציבורית (ע"ר)  בבעלות פרטית.

**אישור המוסד/בית האבות**

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מנהל המוסד: \_\_\_\_\_ חתימת מנהל המוסד \* \_\_\_\_\_  
 חותמת המוסד: \_\_\_\_\_

13

**השתתפות משרד הרווחה במימון השהות בבתי אבות**

מיועד למי שמתגורר במחלקת תשושים או עצמאיים בבית אבות

אני לא מקבל קוד מימון ממשרד הרווחה  
 אני מקבל קוד מימון ממשרד הרווחה – נא המצא אישור על גובה ההשתתפות העצמית מהרשות המקומית.

14

**מוסד בקיבוץ**

מיועד למי שמתגורר במוסד בקיבוץ

התובע נמצא ב:  מחלקה ברישיון משרד הבריאות  מחלקה ברישיון משרד הרווחה.  
 בית משפחתי לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם  
 מעמד התובע:  חבר הקיבוץ  
 דייר אחר, פרט אם בן משפחה של חבר הקיבוץ נא ציין פרטיו מר/גב' \_\_\_\_\_ ויחס הקרבה \_\_\_\_\_  
 מתאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המוסד בקיבוץ \_\_\_\_\_



**נספח א'**  
**הנחיות לכתיבת מכתב**  
**סיכום רפואי**

נא הצג לרופא

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד



כדי לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.

ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
- **נתונים דמוגרפים:** גר לבד, עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים המסכנים חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
  - **תיאור מפורט של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד** של החולה בחיי היום יום (ADL) בבית. לדוגמא: תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנודות במצב תפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנודות.
  - **תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק:** יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים נוירולוגיים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכולי.
  - במידה והנבדק נמצא בקבוצת **סיכון לנפילות** מומלץ לצרף תוצאות מבחן **timed get up and go**.
- **תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים נוירו פסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית.**  
(COGNITIVE SCREENING TOOLS).
- **טיפולים מיוחדים ותרופות.**
- **מסגרות טיפוליות** כגון אשפוז יום, אשפוז בית, הוספיס בית.
- **תקופת המוגבלות** הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

סיעוד

**נספח ב' מיועד לבני +90**

**בלבד**

**הערכת תפקודית של רופא מומחה בגריאטריה לבני +90**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
8	

**בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצע בה בזמן אשפוז. הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר**

לרופא – נא הקף **בעיגול** כל 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 מנטלית.

**נמק את מסקנתך** לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט **האם התרשמת** מהדגמה, מתצפית או מדיווח.

**האם סובל מעיוורון מוחלט?** (לפחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור)  לא  כן

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. נפילות**

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש בממוצע 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. הלבשה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלישת מכנסיים, חולצה, פרטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל				

**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 או תחתון	זקוק לסיוע או לדרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגליים)	מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל			

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**בדיקת רופא מומחה – המשך**

**5. אכילה ושתייה**

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		זקוק לסיוע 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 \_\_\_\_\_

**1. 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 בשלוש הפעולות	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית		זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**2. 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, אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**פרק הזמן למגבלה - אנה סמן האם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:**

צפויה הטבה בעוד \_\_\_\_\_ חודשים  צפויה יציבות  צפויה החמרה

**הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו**

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.  
 פרטי המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_  
 שם המוסד הרפואי הציבורי \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 בחר באחת מהאפשרויות  
 מילאתי טופס זה על סמך **בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי** בתאריך \_\_\_\_\_  
 מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך \_\_\_\_\_ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר \_\_\_\_\_  
 בתאריך \_\_\_\_\_ (נא לצרף את הערכתו).  
 שם הרופא המומחה בגריאטריה \_\_\_\_\_ חותמת המוסד הרפואי הציבורי או המרפאה \_\_\_\_\_

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	7   8

חותמת קבלה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם פרטי
96		שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		

חבר בקופת חולים:  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר \_\_\_\_\_

הצהרת המבוטח או האפטרופוס

2

אני הח"מ, שפרכתי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפטרופוס:  
 שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
 מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:

- נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותיי.
- נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי סיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
- נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
- נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.
- נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפטרופוס ✕ \_\_\_\_\_