

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 ינואר 2014

נספח מספר 2 בנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות - טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה

טופס מספר- 2.4

המלצה לרולטור**

(הליכון סטנדרטי – ניתן להסתפק במכתב המלצה)

תאריך ביקור הבית: _____ תאריך: _____
 לשכת בריאות: _____ קופ"ח מבטחת: _____

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה.
 בהמלצות עבור מכשירי ניידות לילדים, נדרשות חתימות של שני אנשי מקצוע בעלי הרשאה (פיזיותרפיסט/ית ומרפא/ה בעיסוק).

פרטי הפונה:

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	שנת לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	<input type="checkbox"/> אלמנ/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

אבחנה: _____

משקל גוף: _____ גובה: _____

שותפים למגורים: _____

מטפל: לא כן, מספר שעות ביום: _____

היסטוריה ומצב נוכחי: כיצד התנייד עד היום _____

פרוט הנימוקים להמלצה (מה קרה כעת) _____

מכשירי עזר נוספים: כיסא גלגלים לא כן רמת התפקוד: _____

האם התנסה בהליכון רגיל? לא כן

תאר: _____

עיסוק/ אורח חיים: _____

פרטי הממליץ

שם פרטי	שם משפחה	תפקיד	פקס
טלפון	טלפון נוסף	מקום עבודה	מייל

חתימה וחותמת: _____

(** רולטור: הליכון בעל 3 או 4 גלגלים בקוטר מעל 15 ס"מ)

על הגורם הממליץ לפעול בהתאם להנחיות ולנוהל משרד הבריאות. מסמך זה הינו בגדר המלצה בלבד ומותנה באישור סופי של משרד הבריאות.