

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 פברואר 2016

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

**טופס אישור התאמת מכשיר ניידות חתום ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק**

תאריך: \_\_\_\_\_ תאריך הביקור: \_\_\_\_\_

**פרטי הפונה:**

שם:	משפחה:	ת.ז.:	קופת חולים:
רחוב:	מספר בית:	עיר:	מיקוד:
טלפון:	טלפון נוסף:	פקס:	אי-מייל:

**הנדון: אישור התאמת מכשיר ניידות**

תיאור המכשיר: \_\_\_\_\_ שם הספק: \_\_\_\_\_ שם הנציג: \_\_\_\_\_

דגם: \_\_\_\_\_ יצרן: \_\_\_\_\_

**מאשר/ מאשרת כי בדקתי את המכשיר**

המכשיר מתאים לצורכי הפונה. בכסא גלגלים: נא לציין את גובה המושב מהרצפה כולל כרית (הנמוך האפשרי):

\_\_\_\_\_

המכשיר מתאים לצורכי הפונה אולם לצורך התאמתו המלאה יש לבצע את השינויים הבאים:

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

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

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

המכשיר אינו מתאים לצרכי הפונה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

בכבוד רב,

שם הממליץ וחתימה: \_\_\_\_\_ חתימת נציג הספק: \_\_\_\_\_