

הערכה תפקודית - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

פרטי המבוטח <			
<input type="radio"/> ת.ז. <input type="radio"/> אחר			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	אומת
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים	שפה מדוברת	
מין	מצב משפחתי		
כתובת (רחוב)			
טלפון בית		טלפון נוסף	
<input type="radio"/> גר/ה לבד <input type="radio"/> גר/ה עם בן זוג <input type="radio"/> גר/ה עם מטפלת צמודה אחר: _____			
שם מלא	קירבה	טלפון	מגורים
איש קשר			

פרטי הערכה <			
<input type="radio"/> בבית המבוטח <input type="radio"/> מוסד - שם המוסד: _____	<input type="radio"/> אחר: _____		
תאריך ביצוע הערכה	החל משעה	עד שעה	מקום ביצוע הערכה
נכחו בראיון מלבד המבוטח			
המסמכים הרפואיים שעמדו לרשותי			

אשפוזים ב- 6 חודשים האחרונים <		
סיבת האשפוז	שם בית החולים	תאריך
האם יש עזרה של מטפלת פרט: _____ (חוק סיעוד, עובד זר)		

אבחנות רפואיות <		
אחנה בלועזית	בעברית	מתאריך
הערות:		

טיפול תרופתי: רשימת תרופות בשימוש <		

← טיפולים - רשימת טיפולים מיוחדים - רשימת טיפולים מיוחדים (זריקות חמצן, פיזיותרפיה, וכו')		
הטיפול	תאריך סיום משוער	

← בדיקה נוירולוגית	

← מצב קוגניטיבי	

← מצב רגשי	

← תיאור הסביבה וסדר היום של המבוטח	

לקום ולשכב				
עזרה מלאה	עזרה רבה	עזרה קלה	עצמאי	תיאור הפעולה
				קימה משכיבה לשיבה
				קימה מכיסא (מישיבה לעמידה)
				הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים
פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____				
ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____				
ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____				
ADL _____				מסקנה

ניידות				
עזרה מלאה	עזרה רבה	עזרה קלה	עצמאי	תיאור הפעולה
				יכולת לנוע בבית, ללא עזרת הזולת
				יכולת לנוע בבית תוך שימוש באביזרים מכניים או מוטורים
				הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים
פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____				
ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____				
ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____				
ADL _____				מסקנה

להתלבש ולהתפשט				
עזרה מלאה	עזרה רבה	עזרה קלה	עצמאי	תיאור הפעולה
				פלג גוף עליון
				פלג גוף תחתון
				הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים (חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית)
פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____				
ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____				
ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____				
ADL _____				מסקנה

להתרחץ				
עזרה מלאה	עזרה רבה	עזרה קלה	עצמאי	תיאור הפעולה
				פלג גוף עליון
				פלג גוף תחתון
				הערות/ שימוש באביזרים כולל כניסה ויציאה ממתקן הרחצה.
פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____				
ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____				
ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____				
ADL _____				מסקנה

לאכול ולשתות				
עזרה מלאה	עזרה רבה	עזרה קלה	עצמאי	תיאור הפעולה
				שתייה
				אכילה
				הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים
פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____				
ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____				
ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____				
ADL _____				מסקנה

לשלוט על סוגרים				
עזרה מלאה	עזרה רבה	עזרה קלה	עצמאי	תיאור הפעולה
				שתן
				צואה
				הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים - סטומה או בקטטר, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגניים למיניהם/ קיום אבחנה תומכת ע"י רופא מומחה בתחום
פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____				
ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____				
ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____				
ADL _____				מסקנה

ADL _____	סיכום
-----------	-------

סיכום הערכה תפקודית	
פעולה	ADL
לקום ולשכב	
ניידות	
הלבשה	
רחצה	
אכילה	
הפרשות	
סה"כ	

בוצע ע"י				
שם משפחה	שם פרטי	השכלה	תואר	מספר רישיון