

**שאלון הערכה תפקודי - קולקטיב "צוות" (למילוי ע"י הרופא המטפל)**

את טפסי התביעה בצירוף המסמכים הנדרשים יש להעביר למוקד "בריאות בצוות" בפקס: 03-6380399  
או לכתובת "בריאות בצוות" קבוצת מדנס, רח' השלושה 2, ת"א 61760 ת.ד. 9050

רופא/ה נכבד/ה, נודה על מילוי כל הפרטים המתבקשים בטופס זה, **לרבות תאריכים**. מילוי הטופס כנדרש יסייע לנו בטיפול מהיר ויעיל בבקשת המבוטח.

← פרטי החולה

שם משפחה	שם פרטי	ס"ב	ת.ד.	תאריך לידה
----------	---------	-----	------	------------

← פרטים רפואיים

מתאריך	אבחנות	
	אישפוז	
	שם המוסד	סיבת האישפוז
תרופות		

← הערכה תפקודית

הלבשה והתפשטות	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה <input type="radio"/> מלבישים אותו
רחיצה וגילוח	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה <input type="radio"/> רוחצים אותו
שכיבה וקימה	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> עזרה חלקית <input type="radio"/> זקוק לעזרה מלאה
אכילה ושתייה	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה בהכנה וחימום המזון <input type="radio"/> זקוק לעזרה בהאכלה <input type="radio"/> זונדה <input type="radio"/> הזנה ורידית
הליכה	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> הולך בקושי <input type="radio"/> בעזרת מכשיר <input type="radio"/> מרותק למיטה <input type="radio"/> מרותק לכסא גלגלים
שליטה על סוגרים	<input type="radio"/> שליטה מלאה בפעולת המעיים <input type="radio"/> שליטה חלקית <input type="radio"/> ללא שליטה פעולת המעיים
	<input type="radio"/> שליטה מלאה בהטלת שתן <input type="radio"/> פנרוז קבוע בליה <input type="radio"/> קטטר קבוע

← מצב תפקודי

ראיה	<input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> כבד ראייה <input type="radio"/> משקפיים <input type="radio"/> עיוורון
שמיעה	<input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> כבד שמיעה <input type="radio"/> נעזר במכשיר <input type="radio"/> חרש
דיבור	<input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> קשיים בדיבור <input type="radio"/> בקושי רב <input type="radio"/> לא מדבר
שיתוק	<input type="radio"/> תפקוד מוטורי תקין <input type="radio"/> גוף ימין <input type="radio"/> גוף שמאלי <input type="radio"/> גוף תחתון <input type="radio"/> שיתוק מלא

← טיפולים

<input type="radio"/> דיאליזה	<input type="radio"/> טיפול בפצע/י לחץ	<input type="radio"/> עירוי נוזלים	<input type="radio"/> שימוש בחמצן	<input type="radio"/> פדיוטרפיה	<input type="radio"/> השגחה
<input type="radio"/> אחר (פרט)					

← התמצאות

<input type="radio"/> מתמצא במקום ובזמן	<input type="radio"/> מבולבל לעיתים רחוקות	<input type="radio"/> לא מתמצא במקום ובזמן	<input type="radio"/> מבולבל לעיתים קרובות
---	--	--	--

← מצב רגשי

<input type="radio"/> שולט	<input type="radio"/> אינו שולט ברגשותיו		
<input type="radio"/> מדוכא	<input type="radio"/> לעיתים קרובות	<input type="radio"/> רחוקות	<input type="radio"/> דכאון עמוק
<input type="radio"/> תוקפן	<input type="radio"/> לעיתים קרובות	<input type="radio"/> רחוקות	<input type="radio"/> באופן קיצוני

← המלצות הרופא המטפל

<input type="radio"/> סיעוד בבית	<input type="radio"/> אישפוז	<input type="radio"/> טיפול אחר, פרט:
----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

← פרטי הרופא המטפל

שם הרופא/ה	קופ"ח	סניף	טל. בעבודה	טל. בבית	
כתובת הרופא		תאריך	חתימה וחותמת הרופא		

הערה: יש להעביר את 2 העתקים ל"קו בריאות".

מוקד "בריאות בצוות": 1-700-700-251