



## תביעה לגמלת סיעוד

### חובה לצרף לטופס זה

1. תדפיס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי, אבחנות ותרופות), חתום על ידי רופא מטפל (רופא המשפחה), או סיכום אשפוז שהתקיים ב- 3 חודשים אחרונים.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.
3. אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים מאז נדחית, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום, אישור בסעיף 9 (בטופס התביעה).

### כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, אפשר לפנות למחלקת הייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400. מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

- אם רצונך לצרף, נוסף לתדפיס מידע רפואי, מידע מאחות מרפאה או עובדת סוציאלית על האחות או עו"ס – יש למלא את נספח א'.

### ביצוע הערכת תלות למי שהגיע לגיל 90

- אם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה בגריאטריה במקום על ידי מעריך המוסד.
- על פי החוק יוכל לבצע הערכה זו רופא מומחה בגריאטריה "במסגרת עבודתו** במוסד רפואי ציבורי שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."
- למען הסר ספק, אין למלא טופס זה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית לרבות שר"פ בבית חולים ואין לראות בו נספח לבדיקה שנעשתה במסגרות אלו.
- בדיקת הרופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז.**
- אם בחרת להיבדק ע"י רופא מומחה בגריאטריה, על הרופא למלא את נספח ב' המצורף.
- את הטופס שמילא הרופא, יש לצרף לתביעה בנוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.

### ביצוע הערכת תלות למי שמלאו לו 80 וטרם מלאו לו 90

- במסגרת תכנית ניסיונית, אם מלאו לך 80 וטרם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכה תפקודית ע"י רופא מומחה בגריאטריה **בביתך** (ללא תשלום ע"י התובע), במקום ע"י מעריך המוסד.
- התכנית מיועדת לתובעים המתגוררים באזורי התכנית הניסיונית בלבד, ביישובים המשויכים לסניפי המוסד: טבריה, ירושלים ופתח תקווה.

- \* למידע על ביצוע הערכת תלות ע"י רופא מומחה בגריאטריה ראה הנחיות לבני ה-90 .  
**חובה לחתום על טופס התביעה**

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות / דרכון

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

סוג המסמך      דפים

תאריך תביעה

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תביעה לגמלת סיעוד

פרטי התובע

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
תאריך לידה		מין		מצב משפחתי	
שנה    חודש    יום		זכר    נקבה		<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור	
<b>התובע נמצא כעת ב:</b>					
<input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
<input type="checkbox"/> בבית חולים (אפשר להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט: _____ שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור: _____					
<input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: אצל: _____ כתובת: _____					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

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

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית		מיקוד	
מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה באמצעותו					
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

3

**בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתיאום ביקור לביצוע הערכת תלות**

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- כדי לתאם ביקור עם גורם אחר יש לצרף לתביעה בקשה שתכלול נימוקים ותיאור מפורט של הקשר עם התובע.

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	
נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

4

**פרטים נוספים**

שפות דיבור

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

פרטי קופת חולים

התובע שייך לקופת חולים  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר \_\_\_\_\_  
 סניף קופת החולים שבו הוא מטופל \_\_\_\_\_

ייעוץ לקשיש

הייעוץ לקשיש מציע שירותי ביקורי בית ע"י מתנדבים.  אני מעוניין בביקורי מתנדב

פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
האם בן/בת הזוג הגישה/ תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת/גמלת סיעוד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

5

**האנשים הגרים עם התובע**

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	שנת לידה	ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
1 ב"ס					
2 ב"ס					
3 ב"ס					

6

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

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה.
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).

	הכנסות בן/בת זוג			הכנסות תובע		
	יש	אין	מקור	יש	אין	מקור
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר. פרט: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר. פרט: _____

7

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

\* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.

**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.

8

**תפקוד בפעולות היום יום**

ניידות

- נייד בכוחות עצמו      נייד בהשגחה או מתהלך לבד עם מכשיר      עזרה חלקית – תמיכה  
 נדרשת עזרה מלאה      רתוק לכיסא גלגלים או למיטה

**תפקוד בפעולות היום יום** (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)

תפקוד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9

**קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרת בית מהגורמים האלה (סמן את המתאים):**

לא מקבל

מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממשרד הביטחון

10

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

אני מאשר כי מר/גב' \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_  
 נמצא במוסדנו: \_\_\_\_\_ תאריך כניסה: \_\_\_\_\_  
 כתובת המוסד: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_  
 המוסד/המחלקה שבה נמצא התובע פועל ברישיון:  משרד העבודה והרווחה  משרד הבריאות  ללא רישיון  
 נמצא במחלקה:  סיעודית  לתשושים  לתשושי נפש  אחרת, פרט: \_\_\_\_\_  
 ההתקשרות בין המוסד לקשיש כוללת:  ארוחות  ניקיון  כביסה  
 השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים:  בריאות  עבודה ורווחה  ביטחון  סוכנות  אין השתתפות

**מוסד בקיבוץ – ימלא גם את הפרטים האלה:**

המוסד מיועד:  לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד  קולט קשישים מבחוץ  
 מעמד התובע:  חבר קיבוץ  חבר קיבוץ אחר  אורח בתשלום  אורח לא בתשלום  
 מתאריך: \_\_\_\_\_

**אישור המוסד/בית האבות**

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

11

**פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי**

1. האם התלול בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)?

לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

סוג התאונה:  תאונת דרכים  תאונה אחרת

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_

נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

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

כתובת תחנת המשטרה: \_\_\_\_\_

3. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?

לא  כן, בתאריך: \_\_\_\_\_

מיהו הנתבע: \_\_\_\_\_ מס' התיק: \_\_\_\_\_

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

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

כתובת: \_\_\_\_\_

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצוי  קיבלתי פיצוי

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

12

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה:  בן/בת זוג  הורה  בן/בת  אח/אחות  אחר: \_\_\_\_\_

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך	חתימת מקבל התשלום	חתימת/חתימות השותפים לחשבון
_____	_____	_____

**הצהרת התובע או מגיש התביעה**

13

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה
_____	_____	_____

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

טלפון קווי	טלפון נייד				
_____	_____				
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד

**נספח א'**

אין חובה למלא את הטופס – תמלא אחות/עו"ס (קופ"ח /רווחה) בלבד

מידע לצורך החלטה בעניין זכאות לגמלת סיעוד – ימלאו אחות או עו"ס (קופ"ח רווחה) המעוניינים למסור מידע, בדבר תובעי גמלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות

**פרטי התובע**

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					מיקוד

**מטפל עיקרי בתובע**

שם משפחה	שם פרטי	קירבה	טלפון קווי/נייד

תמלא אחות או עו"ס		תמלא אחות קופ"ח	
א. סמן X ליד התפקוד המתאים		א. סמן X ליד התפקוד המתאים	
ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> נפילות	ציין מי עוזר	
הפרשות, שליטה על סוגרים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> שליטה חלקית <input type="checkbox"/> אי שליטה <input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה		
הלבשה	<input type="checkbox"/> פיוס (סטומה) <input type="checkbox"/> קטר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה		
רחיצה	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה		
אכילה	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה		
מצב העור	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי <input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל		
משקל			
<b>ב. ביקור במרפאה</b> <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה <input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה יש לציין תדירות וסיבה: _____			
<b>ג. תרופות</b> <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____			
<b>ד. מקבל (מארגונו של ממלא הטופס) שירותי:</b> <input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____ <input type="checkbox"/> טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____			
<b>ה. הערות</b> _____ _____ _____			
<b>ו. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)</b> _____ _____ _____			

שם מוסר המידע \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד

**נספח ב'**  
**הערכת תפקודית של**  
**רופא מומחה בגריאטריה**  
**לבני 90+ ולבני 80-89**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
0   8	

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_  
ת"ז: \_\_\_\_\_

**בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז. הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי שמלאו לו 90 שנה ויותר (בדיקה במרפאה), או מלאו לו 80 שנה וטרם מלאו לו 90 (בדיקה בבית בלבד) – בסניפי הניסוי: טבריה, ירושלים, פתח תקווה**

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**

**ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד**

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר						עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**1. נפילות**

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו						אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**2. הלבשה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלישת מכנסיים, חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה						מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_

**3. רחצה**

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה						מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_



**הערכת תפקוד בפעולות – 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 \_\_\_\_\_

**6. 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 \_\_\_\_\_

**7. 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 - אנא 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, שבוצעה  בבית התובע  במרפאה, פרטי המוסד הרפואי ציבורי \_\_\_\_\_

2. בחר באחת מהאפשרויות

מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך \_\_\_\_\_ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ (נא לצרף את הערכתו).

שם הרופא המומחה בגריאטריה \_\_\_\_\_ חותמת המוסד הרפואי ציבורי או המרפאה \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע. רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל בייעוץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמור על רצף רפואי.

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
סיעוד



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: סיעוד**

**1 פרטים אישיים של המבוטח**

**1**

	תאריך	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																														
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td><td style="text-align: center;">חודש</td><td style="text-align: center;">יום</td><td colspan="7"></td> </tr> </table>											שנה	חודש	יום								<table border="1"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											96
שנה	חודש	יום																															
	שם פרטי	שם משפחה																															
חבר בקופת חולים																																	
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																																	

**2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס (יש לצרף צילום "צו אפוטרופוס)**

**2**

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
מוותר על הסודיות הרפואית שלי:

מבקש בזה 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.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕ \_\_\_\_\_

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕ \_\_\_\_\_

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערכת התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕ \_\_\_\_\_

מאשר בזה, כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת/מטעמו בהתאם למגבלות האמורות בחוק זכויות החולה.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕ \_\_\_\_\_

אם החותם אינו התובע, יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.