



תביעה לבדיקה מחדש של זכאי לגמלת סיעוד עקב טענת החמרה

חובה לצרף לטופס זה

תדפיס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי אבחנות ותרופות) חתום על ידי רופא מטפל רופא (המשפחה) ו/או סיכום אשפוז שהתקיים ב-3 חודשים אחרונים.

כיצד יש להגיש את הבקשה

את טופס הבקשה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס הבקשה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400.

מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

אם ברצונך לצרף, בנוסף 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 לערוך הערכה זו רופא מומחה בגריאטריה "במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי שבעלות 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 עבור התובע ואין לבצע בזמן אשפוז.

אם בחרת בבדיקה זו, על הרופא מומחה בגריאטריה למלא את נספח א' 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 הרופא 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
ביטוח סיעוד
תביעה לבדיקה מחדש של
זכאי לגמלת סיעוד עקב
טענת החמרה

עמוד 1 מתוך 5

<table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td>סוג</td> <td>דפים</td> <td>המסמך</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון										<table border="1"> <tr> <td>סוג</td> <td>דפים</td> <td>המסמך</td> </tr> </table>										סוג	דפים	המסמך	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון																									
<table border="1"> <tr> <td>סוג</td> <td>דפים</td> <td>המסמך</td> </tr> </table>										סוג	דפים	המסמך													
סוג	דפים	המסמך																							
תאריך קובע שנה חודש יום	תאריך תביעה שנה חודש יום																								

1 פרטי התובע

1

שם משפחה מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה שנה חודש יום
התובע נמצא כעת ב:		
<input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו		
רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה	יישוב מיקוד	
טלפון קווי טלפון נייד <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	דואר אלקטרוני	
<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 מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה	יישוב מיקוד	
מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה באמצעותו		
טלפון קווי טלפון נייד <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	טלפון נייד	

3

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתאום 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	

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 ס"ב
----------	---------	------------------

האם בן/בת הזוג הגישה/תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת/גמלת סיעוד? כן 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 ס"ב					
2 ס"ב					

6

הרקע להחמרת המצב

ציין את הסיבה להחמרת המצב

- שינוי במצב רפואי. פרט _____
- שינוי במצב משפחתי _____
- אחר, פרט _____

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: _____

הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם 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.

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

ידוע לי כי המוסד רשאי להחליט על שיעור הזכאות, השארת שיעור הזכאות בעינה, הפחתה בשיעור הזכאות או שלילת הזכאות. הכול בהתאם לתוצאות ההערכה התפקודית.

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

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

טלפון נייד		טלפון קווי		הקשר לתובע	
^		^			
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מספר בית	רחוב



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

נספח א'
הערכת תפקודית
של רופא מומחה
בגריאטריה
לבני 90+ ו-89 - 80

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

שם הנבדק: _____
 שנת לידה: _____
 ת.ז. _____

בדיקת הרופא המומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז.
הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי שמלאו 90 שנה ויותר (בדיקה במרפאה)
או שמלאו 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/תצפית או דיווח.

האם אתה סובל מעיוורון מוחלט? (לפחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור)

לא כן

1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר					נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים	עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך _____

2. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו					נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש במוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה

נמק את מסקנתך _____

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה, פרטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה					זקוק לסיוע או דרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך _____

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה					עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון/תחתון	זקוק לסיוע / דרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגלים)

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 – סיוע לטיפול בהפרשות						
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 בשלושת 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						אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

נמק את מסקנתך, אם מדובר בזקן עם 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 מומחה בגריאטריה שביצוע הערכה זו

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי, שבוצעה בבית התובע במרפאה, פרטי המוסד הרפואי ציבורי

2. בחר באחת מהאפשרויות

מילאתי טופס זה ע"ס בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך _____
 מילאתי טופס זה לפי בדיקתי 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 מהווה 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.