



תביעה לגמלת סיעוד

חובה לצרף לטופס זה

1. 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.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה.
אם הגשת תביעה במהלך שנים עשר החודשים האחרונים מאז נידחת, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
3. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, יש למלא אישור בסעיף 9 (בטופס התביעה) על ידי הנהלת המקום.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400. לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

הגעה לגיל 90

- אם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכה תפקודית על ידי רופא מומחה בגריאטריה* (ללא תשלום על ידי התובע), במקום על ידי מעריך המוסד.
אם בחרת להיבדק על ידי הרופא מומחה בגריאטריה, על הרופא מומחה בגריאטריה למלא את נספח ב' המצ"ב, טופס זה יצורף לתביעה, נוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.
- * על פי החוק יוכל לערוך הערכה זו רופא מומחה בגריאטריה במסגרת עבודתו "במוסד רפואי ציבורי" שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."

שים לב, נספח אינו מהווה תחליף לתדפיס המידע הרפואי.

ביצוע הערכת תלות למי שמלאו לו 80 וטרם מלאו לו 90

- אם מלאו לך 80 וטרם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכת תפקוד ע"י רופא מומחה בגריאטריה בביתך (ללא תשלום ע"י התובע*), במקום ע"י מעריך המוסד.
- ביצוע הערכת התלות על יד רופא, הינה במסגרת תוכנית ניסיונית לתובעים המתגוררים באזור הניסוי. אזור הניסוי הוא היישובים השייכים לסניפי המוסד: טבריה, ירושלים ופתח תקווה. הבדיקה, כאמור, תיערך בבית התובע.
- אם בחרת להיבדק ע"י רופא מומחה בגריאטריה, על הרופא למלא את נספח ב' המצורף לטופס זה ויצורף לתביעה זאת בנוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.
- * עפ"י החוק, יוכל לערוך הערכה זו, רופא מומחה בגריאטריה במסגרת עבודתו "במוסד רפואי ציבורי בבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי"

מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

אם ברצונך לצרף, בנוסף לתדפיס מידע רפואי, מידע מאחות מרפאה ו/או עובדת סוציאלית על האחות/עו"ס - למלא את נספח א'.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

תאריך תביעה

שנה חודש יום

תביעה לגמלת סיעוד

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

התובע נמצא כעת ב:

בכתובת הנ"ל

בבית חולים (ניתן להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט: _____ שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור*: _____

בכתובת אחרת. פרט: אצל: _____ כתובת: _____

שפות דיבור

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

פרטי קופת חולים

התובע שייך לקופת חולים _____

סניף קופת החולים בו מטופל _____

ייעוץ לקשיש

הייעוץ לקשיש מציע שירותי ביקורי בית שניתן 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

2 בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתאום ביקור

2

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- לא ניתן לרשום בבקשה לתאום מי שאינו בן/בת משפחה או אפוטרופוס. בקשה לתאום עם גורם אחר תוגש במצורף לתביעה ותכלול נימוקים לבקשה ותאור מפורט של הקשר עם הקשיש.

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי		טלפון נייד
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

3 כתובת המטפל העיקרי (ימולא רק כאשר יש לשלוח מכתבים המופנים לתובע לכתובת המטפל העיקרי גם אם מולא סעיף 2)

3

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
טלפון קווי			טלפון נייד		
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

4 האנשים הגרים עם התובע

4

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					
2					
3					

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

5

- 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).

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

6 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 יחס 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 גובה שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

7 תפקוד בפעולות היום יום
ניידות

נייד בכוחות עצמו נייד בהשגחה ו/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"/>	

8 קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)

לא מקבל מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממשרד הביטחון

9 מגורים במוסד/בית אבות - אם התובע גר במוסד (אישור זה ימולא ע"י המוסד/בית אבות)

הריני לאשר כי מר/גב' _____ ת.ז. _____
 נמצא במוסדנו: _____ תאריך כניסה: _____
 כתובת המוסד: _____ מס' טלפון: _____

המוסד/המחלקה בה נמצא התובע פועל ברישיון: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות ללא רישיון

נמצא במחלקה: סיעודית לתשומים 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 בנוסף את הפרטים הבאים:

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 אבות

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד * _____

10

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלנת 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: _____

11

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 לחשבון 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 לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.
 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

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

ויתור סודיות

12

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפוטרופוסו (אם מונה לו כזה).
הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____
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.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____
מאשר בזה, כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת), יימסר לנותן השירותים ולמטפלת/מטעמו.

אני _____ הח"מ, מס' ת.ז. _____
נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערכת התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

תאריך _____ חתימת התובע **x** _____
אם החותם אינו התובע, יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.

הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

13

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, הן עבירה 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 ו/או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

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

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:

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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

נספח א'

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

מידע לצורך החלטה בזכאות לגמלת סיעוד – ימולא ע"י אחות/עו"ס (קופ"ח רווחה) המעוניינים למסור מידע, לגבי 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
			0

ימולא ע"י אחות/עו"ס		ימולא ע"י אחות קופ"ח	
א. סמן X ליד התפקוד המתאים		א. סמן X ליד התפקוד המתאים	
<input type="checkbox"/> התמצאות <input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון <input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות <input type="checkbox"/> שיתוף פעולה <input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון <input type="checkbox"/> לא משתף פעולה <input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין <input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור <input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר	<input type="checkbox"/> ציין מי עוזר	<input type="checkbox"/> ניידות <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עזמאי עם מכשיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> נפילות <input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> שליטה חלקית <input type="checkbox"/> אי שליטה <input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה <input type="checkbox"/> פיום (סטומה) <input type="checkbox"/> קטטר <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי <input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל	<input type="checkbox"/> התמצאות <input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון <input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות <input type="checkbox"/> שיתוף פעולה <input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון <input type="checkbox"/> לא משתף פעולה <input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין <input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור <input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר <input type="checkbox"/> ניידות <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> עזמאי עם מכשיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> נפילות <input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> שליטה חלקית <input type="checkbox"/> אי שליטה <input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה <input type="checkbox"/> פיום (סטומה) <input type="checkbox"/> קטטר <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי <input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל
<p>ב. מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם/אלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט: _____</p>			
<p>ג. אפטרופוס: <input type="checkbox"/> אין מונה אפטרופוס <input type="checkbox"/> בתהליך מינוי</p>			
<p>ד. מקבל (מארגונו של ממלא הטופס) שירותי: <input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____ <input type="checkbox"/> טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____</p>			
<p>ה. הערות</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>ו. מצ"ב (אבחון, דו"ח, חו"ד וכדומה)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>ב. ביקור במרפאה <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: _____</p>	
		<p>ג. תרופות <input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____</p>	

שם מוסר המידע _____ חתימה וחותמת _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיוע

נספח ב'

ימולא רק ע"י רופא מומחה
בגריאטריה בלבד

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

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

הערכת תפקוד בפעולות היום זום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי שמלאו לו 90 שנה ויותר או מלאו לו 80 שנה וטרם מלאו לו 90 – בסניפי הניסוי

לרופא – נא הקף בעיגול בכל 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 מנטאלית.

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 לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

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 לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

3. הלבשה

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

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

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)		מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

הערכת תפקוד בפעולות – המשך

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה		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 לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

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 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 לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ולא ניתן לתכנן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	זקוק להשגחה בביצוע רב פעולות היום יום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים				אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף זה (ציין האם על סמך הדגמה/תצפית ו/או דיווח)

הצהרה ופרטי מוסר המידע

בחר באחת מהאפשרויות

- מילאתי טופס זה ע"ס בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי, במוסד הרפואי ציבורי/מרפאה _____ בתאריך _____
- מילאתי טופס זה ע"ס הערכה גריאטרית של ד"ר _____ בתאריך _____ ובדיקה שלי בתאריך _____
- מילאתי טופס זה בבית התובע

שם הרופא המומחה בגריאטריה _____ חותמת המוסד הרפואי ציבורי/מרפאה _____

חתימה * _____ חותמת _____

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו מהווה תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע.