



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

דף הנחיות לטופס 622 הגשת תביעה פוליסת סיעוד

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן. באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך, יש למלא ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לך בטופס התביעה.

- באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר התביעה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:
- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי למשלוח ההודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו תשלח סיסמה לצורך פתיחת ההודעה.
 - דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה.
 - פקס.

בבקשך לסמן את בחירתך על גבי טופס זה במקום המיועד לך בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף:

1. טופס "הגשת תביעה - פוליסת סיעוד" בטופס שני חלקים:

חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח. כולל:

- פרטים אישיים, פרטים אודות האירוע, עבר סיעודי, פרטים רפואיים.

- טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (מצ"ב)

(עד לחתימה יכול להיות- עו"ד / רופא / אחות/ עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק/ סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח או תצלום רישיון סוכן תקף) (מצ"ב).

* עד לחתימה נדרש על פי חוזר משרד הבריאות 15/2003 מתאריך 9.3.2003.

(במידה והמבוטח אינו כשיר לחתימה יש לצרף צו אפוסטרופוסות).

* במקרה של תביעת קטין יש למלא כתב שיפוי (מצ"ב) ולצרף תצלום תעודת זהות + ספח של שני ההורים.

חלק ב' - נועד למילוי בידי הרופא המטפל, כולל: שאלון הערכה תפקודית (מצ"ב).

שאלון הערכה תפקודית הינו מבחן לקביעת חוסר יכולת לבצע 50% מפעולות היום יום על פי ההגדרה בפוליסה. המשמעות הינה הזדקקות לסיוע רב או עזרה מלאה באותה הפעולה לפי סך הפרמטרים שנלקחים בחשבון כמפורט בטופס הערכה תפקודית (מצ"ב) ועל פי המבחנים שלהלן:

לקום ולשכב - יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכיסא, כולל ביצוע פעולה זו מכיסא גלגלים ו/או ממיטה.

להתלבש ולהתפשט - יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

להתרחץ - יכולתו העצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

לאכול ולשתות - יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה, ו/או אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

שלוט על הסוגרים - יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על הסוגרים.

ניידות - יכולתו העצמאית של המבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך היעזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכוני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכיסא גלגלים, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

2. תצלום מסמכים רפואיים:

- במידה והשתחררת מאשפוז או משיקום, נא לצרף העתק מטופס השחרור.

- במידה והינך מאובחן כחולה דמנציה/ תשוש נפש - נא לצרף העתק מחוות דעת של רופא גריאטר / פסיכוגריאטר / נירוגריאטר

- בנוסף יש לצרף תוצאות בדיקות וכל מסמך רפואי רלוונטי.

3. תצלום מלא של תעודת הזהות כולל הספח.

4. תגמולי הביטוח משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק בלבד.

- הסכום המירבי לביצוע הפקדה הינו 400,000 ₪

- כאשר גובה הפיצוי החודשי הינו עד 10,000 ₪, יש להמציא לחברתנו תצלום המחאה **או** אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי הזיהוי של המבוטח.

- כאשר גובה הפיצוי החודשי הינו מעל 10,000 ₪, יש להמציא לחברתנו תצלום המחאה **בצירוף** אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי הזיהוי של המבוטח.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: siudbriut@migdal.co.il / לפקס מס' 076-8869584 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות חיים.

לברור אודות סטטוס התביעה והשלמת מסמכים חסרים, ניתן לפנות לאיזור האישי באתר החברה.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה.

במידה וידרשו מסמכים נוספים תישלח לך הודעה בכתב.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,

תביעות חיים

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 622



016226220119280817

עמוד 1 מתוך 19 דפים



טופס הגשת תביעה - פוליסת סיעוד

הודעת המבוטח התובע

טופס מספר **622**

מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

א. פרטים אישיים					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
שם הרופא המטפל		שם קופת חולים		סניף	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון
כתובת מוסד סיעודי/גריאטרי (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד
כתובת בית אבות (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד
מספר טלפון נייד		דואר אלקטרוני			מספר פקס
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> פקס <input type="checkbox"/> במידה ולא תתקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה. * יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.					
הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר					
ככל שברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים בסעיף א' לעיל יעודכנו במערכות ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) הינך נדרש/ת לאשר בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו יישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה. אני ה"ח"מ מבקש/ת לעדכן את הפרטים המפורטים לעיל כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותי בחברה. חתימת המבוטח					

ב. פרטי האירוע
השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אישפוז: _____

ג. עבר סיעודי					
ביטוח לאומי - גמלת סיעוד:	<input type="checkbox"/>	החל מתאריך:		אחוז הגמלה:	
גמלת שירותים מיוחדים:	<input type="checkbox"/>	החל מתאריך:		אחוז הגמלה:	
גמלת ילד נכה:	<input type="checkbox"/>	החל מתאריך:		אחוז הגמלה:	
<input type="checkbox"/> האם הינך מעסיק עובד זר / ברשותך אישורים להעסקת עובד זר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט החל מתאריך _____ באמצעות חברת _____					
מקבל סיוע מאחד או יותר מן הגורמים המצויינים לעיל מתבקש לצרף פרוטוקולים מלאים בעניין. הצהרת המבוטח: אני ה"ח"מ מצהיר שכל התשובות דלעיל נכונות ומלאות.					
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת המבוטח			

ד. פרטים רפואיים - למילוי ע"י המבוטח		
1. באם עברת מקופ"ח כללית לקופ"ח מכבי / מאוחדת / לאומית - נא ציין את כל שמות הרופאים שטיפלו בך בעבר וכיום	שם הרופא	סניף קופת חולים
2. טופלת/היית במעקב במרפאת זיכרון - נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם המוסד	שם הרופא	שם המוסד



016226220219280817

קוד מסמך: 622 עובד מגדל כן לא

מגדל חברה לביטוח בע"מ

08.2017 (מהדורה)

6083



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

ד. פרטים רפואיים - למילוי ע"י המבוטח (המשך)					
מחלקה / מרפאה			שם בית החולים		3. בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת
מועד זכאות ראשונה	שעות לשבוע	ימים לשבוע	סוג העזרה (טיפול אישי, עזרה בבית וכו')	שם המוסד / נתון השירות	4. מוסדות עזר ונותני שירות אליהם פנית בעבר - מט"ב, ביטוח לאומי, רווחה, מרכז יום, אדם פרטי

* במידה וקיימת ו/או הייתה קיימת בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, יש לצרף אישורי הזכאות הרלוונטיים.

ה. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק				
אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי הביטוח:				
מספר חשבון	שם בעל החשבון	שם בנק	קוד בנק	מספר סניף
יישוב	כתובת בנק (רחוב)	מס' בית	מיקוד	

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

תאריך חתימה

ו. פרטי איש קשר				
שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה
			ת"ד	מיקוד

תאריך חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר

הבהרה!
איש הקשר אינו משום מיופה כח או אפוטרופוס מבחינה משפטית ומשמש ככתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח. מבוטח המעוניין שאיש הקשר יקבל מידע ו/או מסמכים, יעביר יפוי כח או צו מינוי אפוטרופוס על-ידי בית המשפט.

ז. הצהרת המבוטח	
אני (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. אני המבוטח התובע, מבקש לאור כל האמור לעיל, לשלם לי, את סכום הביטוח.	תאריך <input type="text"/>
	חתימה <input type="text"/>

(מהדורה 08.2017)





מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

ח. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ מספר זהות / מספר רישיון סוכן _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו בכלל זאת להגיש
ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" ולקבל מ"מגדל חברה לביטוח בע"מ" את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה
זו בלבד.

<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה	<input type="text"/>	תאריך

ט. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה	<input type="text"/>	תאריך





יתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ:

שם האב	שם פרטי	שם משפחה			מספר זהות					
		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	רחוב					
מספר טלפון	מיקוד	יישוב								

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי /או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן /או מי מטעמן /או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי /או לצבא הגנה לישראל /או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל /או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות /או לשירות בתי הסוהר /או למשרד הפנים /או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ /או למשרד העליה /או הקליטה /או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי /או למשרד הבריאות /או למכון מור /או ב"ח גהה /או למרפאות לבריאות הנפש /או לכל עובד בתחום הסוציאלי /או הסייעודי /או הנפשי למסור ל _____ (להלן: "המבקשים") /או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי /או הסוציאלי /או מצבי בתחום הסייעודי /או השיקומי /או לעניין פרטי תעודת הזהות /או פרטי תאריך הלידה /או השגי בלימודים /או מצבי הפסיכיאטרי /או הפסיכולוגי /או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות /או קרנות הפנסיה למסור חומר /או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג /או לתאונות קודמות /או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים /או כל רופא מרופאיהם /או משרד הביטחון /או מכון מור /או ביה"ח גהה /או למרפאות לבריאות הנפש /או משרד החינוך /או משרד הפנים /או משרד הקליטה /או שירות בתי הסוהר /או כל עובד מעובדיהם /או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים /או פסיכיאטריים /או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי /או השיקומי /או הסוציאלי /או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים /או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים /או למי מרופאיהם /או עובדיהם /או מי מטעמם /או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים /או רופאיהם /או עובדיהם /או מי מטעמם /או נותני השירותים שיפורטו להלן.

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד

שמות נותני השירותים

רופאים	1.	2.	3.	4.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.	4.

שם קופ"ח קודמת	מספר אישי בצה"ל

ב. במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

ג. ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה ★
-------	-------------------	---------

ד. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★
-------	---------------	-----------	-------------

ה. חתימת המבוטח

תאריך	מספר זהות	חתימת המבוטח ★
-------	-----------	----------------



011060000519260617

עמוד 5 מתוך 19 דפים

קוד מסמך: 106

מגדל חברה לביטוח בע"מ



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

לכבוד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

כתב שיפוי לקטין

1. כידוע, על פי הוראות פוליסה מס' _____ אנו הח"מ _____ -I _____ זכאים, כאפטרופוסים טבעיים עבור בננו/בתנו _____ (להלן: לציין שם פרטי), לקבל תגמולי ביטוח ע"ס של _____.

2. בשים לב לאמור לעיל אנו מורים בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי שהיא תורה ו/או מי מטעמה (להלן: "מגדל"), להעביר את תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית המשוכה לפקודת _____ המשמש, כאמור, כאפטרופוס טבעי על _____.

3. אנו מתחייבים, ביחד וכל אחד לחוד, באופן בלתי חוזר אוטונומי ובלתי מותנה, לשפות ולפצות את מגדל ו/או מי מטעמה באופן מיידי עם קבלת הדרישה ממגדל לעשות כן, וזאת בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש כנגד מגדל ו/או מי מטעמה לתשלום סכומי כסף כלשהם, לרבות תגמולי ביטוח, הפרשי ריבית והצמדה, הוצאות משפטיות, שכר טרחת עו"ד ו/או בוררים ו/או מומחים, בקשר עם הפוליסה ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהוא וכן לשפות ולפצות את מגדל בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או הפסד, ישיר או עקיף שיגרמו לה בקשר עם תשלום סכומי כסף על פי הפוליסה ו/או בגין ו/או עקב מחלת הקטין ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהוא ו/או טוען כלשהוא לזכויות בכספים. מובהר בזאת כי ידוע לנו שההתחייבות חלה גם על כל דרישה ו/או טענה ו/או תביעה שתוגש, ככל שתוגש, ע"י הקטין בכל עילה שהיא, לרבות בכל הקשור לעצם כריתת כתב שיפוי זה ו/או תוכנו.

4. ידוע לנו כי מגדל משלמת את תגמולי הביטוח על בסיס הוראותינו והתחייבויותינו כמצוין לעיל.

5. אנו מסכימים, ביחד וכל אחד לחוד, לכתב זה, מבינים את תוכנו ואת כל התוצאות הנובעות ממנו ולראייה באנו על החתום:

תאריך	שם ההורה	מספר זהות	חתימה
			★
			★

* יש לצרף תצלום תעודת זהות + ספח של שני ההורים

מהדורה 08.2017





שאלון הערכה תפקודית לרופא המטפל למילוי על-ידי רופא בלבד

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

א. פרטים המוערך

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	

ב. מקום ביצוע ההערכה התפקודית

בית המבוטח	מוסד סיעודי / גריאטרי - שם המוסד	שם בית אבות בו שוהה המבוטח
<input type="checkbox"/>		החל מ _____

ג. אבחנות רפואיות ותאריכים

תאריך	אבחנה רפואית

ד. טיפול תרופתי שמקבל המבוטח

ה. מצב תפקודי

ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> מרותק לכסא גלגלים	<input type="checkbox"/> רתוק למיטה
שיתוק	<input type="checkbox"/> אין שיתוק	<input type="checkbox"/> שיתוק גף ימין/שמאל, עליון/תחתון	<input type="checkbox"/> שיתוק שתי גפיים תחתונות <input type="checkbox"/> שיתוק ארבע גפיים
לקום ולשכב	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה
לאכול ולשתות	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> מאכילים אותו
להתלבש ולהתפשט	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> מלבישים אותו
להתרחץ ולהתגלח	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה בחלק מהפעולות	<input type="checkbox"/> רוחצים אותו
שלוט על הסוגרים	שתי: <input type="checkbox"/> שליטה מוחלטת פעולות מעיים: <input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט - שימוש בחיתולים, בפדים, בספוגיות	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט
התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> לא מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים רחוקות <input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים קרובות
מצב רגשי	מדוכא: <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות תוקפן: <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> לעיתים קרובות	<input type="checkbox"/> מצב דיכאוני קבוע <input type="checkbox"/> תוקפני כל הזמן

מטופל על-ידי: עובד זר מטפל מטעם ביטוח לאומי בן משפחה

ו. המלצות להמשך טיפול

--

ז. המלצות לשירותי עזר / סעד

--

ח. המלצות לסידור מוסדי

--

תאריך	שם המעריך	תפקיד	חתימה וחותמת המעריך



011180000719280817

עמוד 7 מתוך 19 דפים

קוד מסמך 118