



## תביעה לגמלת סיעוד

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי 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 ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה. אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
3. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום, האישור המופיע בסעיף 9 (בטופס התביעה).

### כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה ניתן לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), לשלוח בדואר או למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או 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)
- לשאלות ולבירורים ניתן לפנות ל מרכז התמיכה והמידע \*9696, לטלפון \*6050 או 04-8812345
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי

### מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

- אם רצונך לצרף, נוסף לתדפיס מידע רפואי, מידע מאחות מרפאה או עובדת סוציאלית על האחות או עו"ס – 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'. את הטופס שמילא הרופא, יש לצרף לתביעה בנוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.

### הערכת תלות ללא ביקור בית

במקרים חריגים לא ישלח מעריך לבית התובע לצורך ביצוע הערכת תלות והזכאות לגמלת סיעוד תקבע על סמך מסמכים רפואיים שהוגשו בלבד.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p>דפים <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span></p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> </div>
--

### חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד



תאריך תביעה

שנה    חודש    יום

### תביעה לגמלת סיעוד

1

<b>פרטי התובע</b>	
שם משפחה מספר זהות ס"ב	שם פרטי
תאריך לידה שנה    חודש    יום	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> ידועה/ה בציבור	
<b>שפות דיבור</b>	
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
<b>התובע נמצא כעת ב:</b>	
<input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו	
רחוב / תא דואר	מס' בית    כניסה    דירה _____
מיקוד	ישוב
טלפון קווי _____	
טלפון נייד _____	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט 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): _____ שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור: _____	
<input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. אצל: _____	
רחוב / תא דואר	מס' בית    כניסה    דירה
מיקוד	ישוב
<b>פרטים על בן/בת זוג</b>	
שם משפחה מספר זהות ס"ב	שם פרטי
האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת גמלת סיעוד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<b>פרטי קופת חולים</b>	
התובע שייך לקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/>	
סניף קופת החולים שבו הוא מטופל _____	

2

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

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

3

**בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתיאום**

יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס

שם משפחה		שם פרטי		הקשר לתובע
טלפון קווי		טלפון נייד		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				

4

**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 גמלה אחרת בשל מגבלה זו
ס"ב 1					
ס"ב 2					
ס"ב 3					

5

**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 ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים)

	הכנסות בן/בת זוג			הכנסות תובע		
	יש	אין	מקור	יש	אין	מקור
חבר קיבוץ נא מלא גם חלק זה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
<b>נא סמן</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>בסעיף המתאים</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
<input type="checkbox"/> כל ההכנסות מועברות לחשבוני הפרטי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
<input type="checkbox"/> כל ההכנסות מועברות לקופת הקיבוץ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קצבה סוציאלית מחו"ל
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
<input type="checkbox"/> חלק מההכנסות מועברות לחשבוני הפרטי. נא פרט מאילו מקורות 1. _____ 2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמול ממשד האוצר לנכי רדיפות הנאצים, רנטה מחו"ל לניצולי שואה או קצבה סוציאלית בגין עבודה בזמן המלחמה בגטו	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמול ממשד האוצר לנכי רדיפות הנאצים, רנטה מחו"ל לניצולי שואה או קצבה סוציאלית בגין עבודה בזמן המלחמה בגטו
<input type="checkbox"/> חלק מההכנסות מועברות לקופת הקיבוץ. נא פרט מאילו מקורות 1. _____ 2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים אחרים
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הכנסה אחרת, פרט: _____

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 הוצאה (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 בדיר מוגן - נא להמציא אישור מהדיר המוגן על מרכיב הוצאות הדיר בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

7

**תפקוד בפעולות היום יום**

(סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה)  
ניידות

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

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 או עזרה בבית ממוסד הביטחון**

- לא מקבל      מקבל  
 תשלום כספי      שירותים

9

**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  לתשומים  לתשומי 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 \* \_\_\_\_\_

**פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי**

1. האם התלית 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  לא קיבלתי

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

**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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

12

**ביקור בית על ידי מתנדב**

הייעוץ לקשיש מציע לערוך ביקורי בית על ידי מתנדבים

אני מעוניין בביקורי מתנדב

13

**הצהרת התובע או מגיש התביעה**

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.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך שם פרטי ומשפחה חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

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

**הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות**

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך. אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.  מאשר  לא מאשר

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \* \_\_\_\_\_  
 לידיעתך: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור.

**נספח א'**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
סיעוד



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	ציין מי עוזר	א. סמן X ליד התפקוד המתאים																																																					
<table border="1"> <tr> <td>התמצאות</td> <td><input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום</td> <td rowspan="3">ניידות</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">שיתוף פעולה</td> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">תקשורת</td> <td><input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא משתף פעולה</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם לאלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט:</td> <td><input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין</td> <td rowspan="2">הפרשות, שליטה על סוגרים</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר</td> <td><input type="checkbox"/> אי שליטה</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ג. אפטרופוס: <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> מונה אפטרופוס <input type="checkbox"/> בתהליך מינוי</td> <td><input type="checkbox"/> מושם במוצרי ספיגה</td> <td rowspan="3">הלבשה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> פיום (סטומה)</td> <td><input type="checkbox"/> קטטר</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> קטטר</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ד. מקבל (מארגונו של ממלא הטופס) שירותי: <input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____ <input type="checkbox"/> טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____</td> <td><input type="checkbox"/> עזמאי</td> <td rowspan="2">רחיצה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)</td> <td><input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה</td> <td rowspan="2">אכילה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> פיום (סטומה)</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">הערות</td> <td><input type="checkbox"/> קטטר</td> <td rowspan="2">מצב העור</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> <td><input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td rowspan="2">משקל</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)</td> <td><input type="checkbox"/> עזמאי</td> <td rowspan="2">ג. תרופות</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td><input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> <td rowspan="2">ג. תרופות</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____</td> </tr> </table>	התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	ניידות	שיתוף פעולה	<input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות	<input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר	תקשורת	<input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> לא משתף פעולה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם לאלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט:	<input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין	הפרשות, שליטה על סוגרים	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר	<input type="checkbox"/> אי שליטה	ג. אפטרופוס: <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> מונה אפטרופוס <input type="checkbox"/> בתהליך מינוי	<input type="checkbox"/> מושם במוצרי ספיגה	הלבשה	<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)	<input type="checkbox"/> קטטר	<input type="checkbox"/> קטטר	<input type="checkbox"/> עצמאי	ד. מקבל (מארגונו של ממלא הטופס) שירותי: <input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____ <input type="checkbox"/> טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____	<input type="checkbox"/> עזמאי	רחיצה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)	<input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה	אכילה	<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)	<input type="checkbox"/> עצמאי	הערות	<input type="checkbox"/> קטטר	מצב העור	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי	ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	משקל	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל	ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)	<input type="checkbox"/> עזמאי	ג. תרופות	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר	ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	ג. תרופות	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____
התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	ניידות																																																					
שיתוף פעולה	<input type="checkbox"/> הפרעה בזיכרון			<input type="checkbox"/> עצמאי																																																			
	<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות		<input type="checkbox"/> עצמאי בעל מכשיר																																																				
תקשורת	<input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה																																																					
	<input type="checkbox"/> לא משתף פעולה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית																																																					
מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם לאלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט:	<input type="checkbox"/> מבין ומדבר לעניין	הפרשות, שליטה על סוגרים																																																					
	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר		<input type="checkbox"/> אי שליטה																																																				
ג. אפטרופוס: <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> מונה אפטרופוס <input type="checkbox"/> בתהליך מינוי	<input type="checkbox"/> מושם במוצרי ספיגה	הלבשה																																																					
	<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)		<input type="checkbox"/> קטטר																																																				
	<input type="checkbox"/> קטטר		<input type="checkbox"/> עצמאי																																																				
ד. מקבל (מארגונו של ממלא הטופס) שירותי: <input type="checkbox"/> טיפול אישי בבית. סוג: _____ <input type="checkbox"/> טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____	<input type="checkbox"/> עזמאי	רחיצה																																																					
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה																																																				
ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)	<input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה	אכילה																																																					
	<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)		<input type="checkbox"/> עצמאי																																																				
הערות	<input type="checkbox"/> קטטר	מצב העור																																																					
	<input type="checkbox"/> עצמאי		<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי																																																				
ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	משקל																																																					
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה		<input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל																																																				
ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)	<input type="checkbox"/> עזמאי	ג. תרופות																																																					
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית		<input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי <input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר																																																				
ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	ג. תרופות																																																					
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____																																																				

שם מוסר המידע \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת

שם מוסר המידע \_\_\_\_\_



**נספח ב'**

המוסד לביטוח לאומי הערכת תפקודית של  
 מינהל הגמלאות רופא מומחה בגריאטריה  
 סיעוד לבני 90+



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

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 אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר**

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

**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 בלישת מכנסיים, חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל				

נמק את מסקנתך \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4. הרחה**

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 או תחתון	זקוק לסיוע או לדרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגליים)	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 יום 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.

פרטי המוסד הרפואי :

שם המוסד הרפואי הציבורי \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

בחר באחת מהאפשרויות

- מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכת 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 הציבורי 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 ביעוץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמור על רצף רפואי.

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם פרטי
96		שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		

חבר בקופת חולים

כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר \_\_\_\_\_

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

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.