



שאלון הערכה תפקודית לרופא המטפל

למילוי על-ידי רופא בלבד

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

| | |
|------------|---------------------|
| שם מבוטח | מספר זהות |
| שם הסוכן | מספר פוליסה / תכנית |
| מספר תביעה | |

| א. פרטי 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"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) |
| 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"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) |
| לאכול ולשתות | <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) |
| להתלבש ולהתפשט | <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) |
| להתרחץ ולהתגלח | <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) |
| שלוט על הסוגרים | שתי: <input type="checkbox"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> מבוטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחייפות או בתכיפות במתן שתן, ושבשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, ייחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של הפעולה "לשלוט על הסוגרים", כהגדרתה בחוזר סיעוד. לעניין זה "קושי בניידות" - קושי בניידות שאינו עולה כדי חוסר יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת "הניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד. |
| 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 <input type="checkbox"/> לעיתים קרובות <input type="checkbox"/> מצב דיכאוני קבוע תוקפן: <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות <input type="checkbox"/> לעיתים קרובות <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 * |
| | | | |



018720000101011120

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 872