



תביעה לבדיקה מחדש של זכאי לגמלת סיעוד עקב טענת החמרה طلب إعادة فحص لمستحق مخصصات تريض عقب الادعاء بتدهور الوضع الصحي

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר, ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד. تتم تعبئة الطلب من قبل مقدم الطلب أو أحد أفراد العائلة أو المعارف وليس من قبل شركة تقدم خدمات التمريض.

תובע נכבד, קביעת הזכאות לגמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות". בהערכה נבדקת מידת התלות של התובע בעזרת הזולת בפעולות היום יום ומידת הצורך בהשגחה. **חזרה מקדם الطلب,** يتم تحديد استحقاق المخصصات بواسطة "تقييم اتكالية". يفحص التقييم مدى اتكالية مقدم الطلب على مساعدة الآخرين في النشاطات اليومية وقدّر الحاجة الى الإشراف من قبل الغير.

הערכת התלות תתאפשר במספר דרכים:
يتم فحص التقييم بعدة طرق:

1. הערכת תלות בבית התובע המבוצעת על ידי מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. המעריך יתאם מועד לביצוע ההערכה לאחר קבלת התביעה והמסמכים הרפואיים. אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל התובע, על בן משפחה או אפוסטרופוס להיות נוכח בבדיקה. במצב זה יש למלא את סעיף 2 בטופס. תقييم اتكالية في بيت مقدم الطلب حيث يقوم مقيم مؤهل من قبل مؤسسة التأمين الوطني بفحصه. يقوم المقيم بتنسيق موعد التقييم بعد استلام الطلب والمستندات الطبية. يجب أن يتواجد أحد أفراد العائلة أو الوصي في موعد التقييم إذا كان هناك تدهور في المستوى العقلي (الفهم) لدى مقدم الطلب. في هذه الحالة يجب تعبئة بند رقم 2 في هذه الاستمارة.

2. הערכת מידת התלות שתיקבע על סמך המידע שנמסר במכתב הסיכום הרפואי. ראה הנחיות בנספח א'. תقييم اتكالية التي يتم تحديدها بناءً على المعلومات المسجلة في التقرير الطبي الملخص. أنظر التعليمات في ملحق أ.

3. הערכת תלות לבני 90 ומעלה שתבוצע על ידי רופא מומחה בגריאטריה, ללא עלות, במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי. למען הסר ספק, אין לבצע בדיקה במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) או במסגרת פרטית, לרבות שר"פ בבית חולים. ראה נספח ב'. תقييم اتكالية للأشخاص البالغين من العمر 90 عامًا وأكثر، الذين تم فحصهم مجانًا من قبل أخصائي طب شيخوخة في مجال عمله في مؤسسة طبية عامة. لتجنب الشك، لا ينبغي إجراء الفحص في إطار التأمين التكميلي أو في إطار خاص، يشمل الخدمات الطبية الخاصة في المستشفيات. أنظر ملحق ب.

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים


عليك إرفاق المستندات التالية الى الطلب


1. מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל או רופא מומחה וסיכומי אשפוז, אם קיימים. ניתן לצרף מידע רלוונטי שנמסר מגורמים מטפלים נוספים (אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וכולי). ראה הנחיות בנספח א'. ملخص حديث عن الحالة الطبية موقعة من قبل الطبيب المعالج، طبيب مختص وملخص تقرير المكوث في المستشفى إذا وجد. تستطيع إرفاق معلومات ذات صلة من جهات معالجة إضافية (ممرض العيادة، معالج طبيعي، عامل إجتماعي وما شابه). أنظر التعليمات في ملحق أ.


לידיעת הזכאים לגמלת סיעוד ברמה ראשונה נלפת انتباه مستحقي مخصصات التمريض في المستوى الأول

אם תימצא זכאי לרמת זכאות גבוהה יותר (מרמה 2 ומעלה), לא תוכל לקבל את מלוא הגמלה בכסף. ברמות 2 עד 6 ניתן לקבל גמלה כספית בשווי של עד 1/3 הגמלה או שווי של עד 4 יחידות בכסף. קבלת עד 1/3 הגמלה בכסף מותנית באישור וביקור עובד סוציאלי בביתך. إذا وجدت مستحقًا للحصول على مستوى استحقاق أعلى (مستوى 2 وما فوق) فلن تستطيع تلقي قيمة مالية مقابل كامل المخصصات. في المستوى 2 حتى 6 بإمكانك الحصول على مخصصات مالية تعادل حتى 1/3 المخصصات أو ما يعادل حتى قيمة 4 وحدات خدمة. الحصول على المخصصات المالية التي تعادل 1/3 المخصصات مشروط بزيارة عامل اجتماعي في منزلك وموافقته على الطلب.

כיצד יש להגיש את הבקשה كيفية تقديم الطلب

יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו. 
يجب تعبئة استمارة الطلب وفقًا للتعليمات المسجلة فيها.

עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה. 
يجب ارفاق اثباتات إضافية كما هو مطلوب في استمارة الطلب.

את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן: 
تستطيع تقديم استمارة الطلب مع الاثباتات اللازمة في احدى الطرق التالية:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
تعبئة الطلب الكترونيا في موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il وارساله عبر الانترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
تعبئة الطلب خطيًا ومسحه ضوئيًا مع المستندات الإضافية ومن ثم ارساله بواسطة موقع الانترنت/ارسال مستندات.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
ارساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.
- לשאלות ולבירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il 
لأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345، أو التوجه عبر موقع الانترنت www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على استمارة الطلب إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كُتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח סיעוד
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
تأمين التمريض

תביעה לבדיקה מחדש של
זכאי לגמלת סיעוד עקב
טענת החמרה
طلب إعادة فحص لمستحق
مخصصات تمريض عقب الادعاء
بتدهور الوضع الصحي

עמוד 1 מתוך 8

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></div> <div style="text-align: center;">סוג המסמך</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></div> <div style="text-align: center;">דפים</div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">חותמת קבלה</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">תאריך קובע</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></div> <div style="text-align: center;">שנה</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></div> <div style="text-align: center;">חודש</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></div> <div style="text-align: center;">יום</div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">תאריך תביעה</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></div> <div style="text-align: center;">שנה</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></div> <div style="text-align: center;">חודש</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></div> <div style="text-align: center;">יום</div> </div> </div>	

פרטי התובע

1
תفاصيل مقدم الطلب

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">מספר זהות رقم الهوية ס"ב رقم اضافי</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">שם פרטי الاسم الشخصي</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">שם משפחה اسم العائلة</p> </div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">התובע נמצא כעת ב: يتواجد مقدم الطلب حالياً في:</p> <p><input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו في عنوان سكنه</p> <p><input type="checkbox"/> בבית חולים في المستشفى</p> <p>שם בית החולים _____ מחלקה _____ תאריך שחרור _____ اسم المستشفى _____ القسم _____ تاريخ الخروج من المستشفى _____</p> <p><input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: _____ אצל _____ כתובת: _____ في عنوان آخر. فصل: _____ لدى _____ عنوان: _____</p> </div>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">מיקוד الرمز البريدي</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">יישוב البلدة</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">דירה الشقة</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">כניסה المدخل</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">מס' בית رقم المنزل</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים: إذا لم يكن الهاتف او البريد الإلكتروني يخصك – الرجاء تكملة التفاصيل التالية:</p> </div>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">מס' זהות של איש קשר رقم الهوية</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">שם פרטי של איש קשר الاسم الشخصي لجهة الاتصال</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">שם משפחה של איש קשר اسم عائلة جهة الاتصال</p> </div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">דואר אלקטרוני: البريد الإلكتروني:</p> <p style="text-align: center;">_____@_____</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">טלפון נייד الهاتف الخليوي</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">טלפון קווי رقم الهاتف</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div>			

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. ארצות ארצות הרשתות אשר כוללות מידע אישי כוללות (SMS), הודעות (אלקטרוני) בדלא מן البريد العادي. לעמך, إذا لم تُشير "أنا أرفض", سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

2 בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתאום ביקור לביצוע הערכת תלות

أحد أفراد العائلة أو الوصي – لتنسيق زيارة لتقييم الاتكالية

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
- يجب إرفاق تصديق عن تعيين الوصي
- כדי לתאם ביקור עם גורם אחר, יש לצרף לתביעה בקשה שתכלול נימוקים ותיאור מפורט של הקשר עם התובע.
- لتنسيق موعد زيارة مع طرف آخر، يجب إرفاق طلب يتضمن أسباب وشرح مفصّل عن نوع العلاقة مع مقدم الطلب.

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	הקשר לתובע نوع العلاقة مع مقدم الطلب
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	

3 האנשים הגרים עם התובע
الأشخاص الذين يسكنون مع مقدّم الطلب

מספר זהות رقم الهوية	שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	יחס קרבה نوع القرابة	שנת לידה سنة الميلاد	ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו. الرجاء الإشارة الى وجود/عدم وجود محدودية في الأداء أو إذا كان يتلقى خدمات ترميض/خدمات خاصة أو غيرها نتيجة هذه المحدودية.
1	ס"ב رقم اضافي				
2	ס"ב رقم اضافي				

4 הרקע להחמרת המצב

الخلفية لتدهور الحالة

ציין את הסיבה להחמרת המצב

سجّل السبب لتدهور الحالة

שינוי במצב רפואי. פרט:

تغيير في الحالة الصحية، فصل:

שינוי במצב משפחתי

تغيير الحالة الشخصية

אחר, פרט

سبب آخر، فصل

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי
تفاصيل عن دعوى التعويضات نتيجة أضرار من قبل طرف ثالث

1. האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונה אחרת?
 هل اتكالك على مساعدة الآخرين حصل نتيجة (حادث طرق أو حادث آخر)؟

לא כן, נא פרט סוג התאונה תאונת דרכים תאונה אחרת
 لا نعم, فضل رجاء نوع الحادث حادث طرق حادث آخر

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____
 تاريخ الحادث: _____ مكان الحادث: _____

נסיבות אירוע התאונה: _____
 ما هي ظروف الحادث: _____

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

هل تم إبلاغ الشرطة؟

לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
 لا نعم, في مركز الشرطة في: _____ رقم الملف: _____

כתובת תחנת המשטרה: _____
 عنوان محطة الشرطة: _____

3. האם הגשת או תגיש תביעה לפיצוי נזיקין?

هل قدمت أو تنوي تقديم دعوى تعويضات نتيجة أضرار؟

לא כן, בתאריך: _____
 لا نعم, في تاريخ: _____

מיהו הנתבע: _____ מס' התיק: _____
 من هو المدعى عليه: _____ رقم الملف: _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

المحامي الذي يمثلك في هذه القضية:

שם: _____ טלפון: _____
 الاسم: _____ رقم الهاتف: _____

כתובת: _____
 العنوان: _____

5. האם קיבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה?

هل تلقيت تعويضات أضرار مقابل الحادث؟

טרם קיבלתי פיצוי קיבלתי פיצוי בסך _____ מאת _____ בתאריך _____
 لم أتلق تعويضات بعد تلقيت تعويضات بمبلغ _____ من _____ في تاريخ _____

תיאור המצב התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, טיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות) והצורך בעזרה בבית:
 وصف الحالة الوظيفية (تنقل، ارتداء ملابس، استحمام، تناول طعام، التعامل مع الإفرازات) والمعرفية (الحاجة الى اشراف لمنع خطر بسبب مشاكل معرفية) والحاجة الى مساعدة منزلية:

אנא פרטו את המצב התפקודי, הקוגניטיבי וסוג העזרה הביתית הנדרשת:
 فصلوا رجاء الحالة الوظيفية والمعرفية ونوع المساعدة البيتية المطلوبة:

הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה
 تصريح المدعي و/أو مقدم الطلب

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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. בנוסף, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות על"י להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

أنا الموقع أدناه أصرح بهذا أنّ جميع التفاصيل في طلب إعادة الفحص المقدم ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأنّ الشخص الذي يسبب، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقى للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم. كما وألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر. أعلم بأنه يجب إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ في تفاصيل الاتصال لدي. في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتمّ ارسال المعلومات عبر القنوات التي سجّلتها في هذه الاستمارة.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.
 إذا كنت مستحقاً لمزية، فأنا أوافق على تحويل معلومات الخاصة بي إلى مقدمي المزاي.

x

חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה
 توقيع صاحب الطلب / متلقي المخصّصات / مقدم الطلب

שם פרטי ומשפחה
 الاسم الشخصي والعائلة

תאריך
 تاريخ

למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:
 يجب تعبئة هذا البند إذا قدّم الطلب شخصاً آخر غير صاحب الطلب:

הקשר לתובע نوع العلاقة مع مقدم الطلب		טלפון קווי رقم الهاتف الأرضي		טלפון נייד الهاتف الخليوي	
רחוב شارع		מספר בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة
מיקוד الرمز البريدي					



נספח א' הנחיות לכתובת מכתב סיכום רפואי

ملحق أ إرشادات لكتابة ملخص الملف الطبي

אנא הצג לרופא الرجاء عرضه على الطبيب

כדי לשקול אפשרות ביצוע הערכה תפקודית על סמך מידע רפואי ללא ביקור מעריך, מומלץ לצרף לתביעה מכתב סיכום רפואי מהרופא המטפל.
للنظر في إمكانية إجراء تقييم وظيفي اعتمادًا على المعلومات الطبيّة بدون زيارة المقيم, يوصى بإرفاق ملخص الملف الطبي من الطبيب المعالج مع الطلب.

ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.
يمكن إضافة معلومات أخرى للملخص الطبي من قبل معالجين آخرين مثل: ممرض العيادة، معالج وظيفي، عامل اجتماعي، أطباء مختصين وما شابه.

במכתב סיכום רפואי רצוי שיופיעו הפרטים הבאים:
يفضل تسجيل التفاصيل التالية في الملخص الطبي:

- **סיבת ההפניה לביטוח לאומי**
سبب التوجه للتأمين الوطني
- **נתונים דמוגרפיים:** גר לבד או עם משפחה, תנאי דיור וסביבת מגורים, עיסוק ופעילות שגרתית של הנבדק.
بيانات ديموغرافية: يسكن لوحده، مع العائلة، ظروف السكن والبيئة، النشاط والممارسة الروتينية لأصاحب الشأن.
- **מידע רפואי עדכני:** המחלות העיקריות מהם סובל החולה, אשפוזים, ניתוחים, נפילות, אירועים מסכני חיים, הפרעות בשמיעה או לקות ראייה.
معلومات طبيّة حديثة: الأمراض الأساسية التي يعاني منها المريض، مكوث في المستشفى، عمليات، حالات سقوط، أحداث قد تهدد حياته، اضطراب سمع أو ضعف بصر
- **הערות נוספות המתייחסות ל:**
معلومات إضافية تتعلق ب:

- **תיאור מפורט של התסמינים הקליניים העלולים להשפיע על יכולת התפקוד של החולה בחיי היום יום (ADL) בבית, לדוגמה:** תלונות על כאב, חולשה, קוצר נשימה, בצקות, רעד, מצב תזונתי. אצל חולים הסובלים מתנודות במצב תפקודי, יש לציין את המאפיינים של התנודות.
وصف مفصل عن الأعراض السريرية التي قد تؤثر على القدرة الوظيفية للمريض في الحياة اليومية (ADL) في البيت، مثل: شكاوى عن ألم، ضعف، ضيق في التنفس، وذمة، ارتجاف في أعضاء الجسم، حالة التغذية. يجب تسجيل مميزات التقلبات لدى المرضى الذين يعانون من تقلبات في الحالة الوظيفية.
- **תיאור מפורט של יכולת הניידות של הנבדק:** יכולת הקימה וההליכה, יציבות בהליכה, טווח תנועה, חסרים נוירולוגיים, סימני מאמץ, יכולת להשלים פעולה ברצף, שימוש באביזרי עזר וכולי.
במידה והנבדק נמצא בקבוצת סיכון לנפילות מומלץ לצרף תוצאות מבחן Timed Up and Go.
وصف مفصل عن القدرة على التنقل: القدرة على النهوض والمشي، ثبات في المشي، نطاق الحركة، مشاكل أعصاب، علامات إجهاد، القدرة على إتمام العمل بشكل متواصل، استخدام معذات مساعدة وما شابه.
إذا كان المريض ينتمي لمجموعة الأشخاص الذين يسقطون بشكل متواصل فيفضل إرفاق نتائج امتحان Timed Up and Go.

- תוצאות בדיקות אבחון מקובלות ותוצאות כלים אבחוניים נירופסיכולוגים לבעלי מגבלה קוגניטיבית (cognitive screening tools).
نتائج فحوصات التشخيص القياسية ونتائج التشخيصات النفسية والعصبية لأصحاب الإعاقة العقلية (cognitive screening tools).
- טיפולים מיוחדים ותרופות.
علاجات خاصة وأدوية.
- מסגרות טיפוליות כגון אשפוז יום, אשפוז בית, הוספיס בית.
إطارات علاجية مثل مكوث في المستشفى، استشفاء منزلي، رعاية بيتية.
- תקופת המוגבלות, הערכה בדבר שיפור במצב הנבדק, ואם כן תוך כמה זמן.
فترة الإعاقات تقييم عن التحسن في وضع المريض، إذا كان من المتوقع حصول تحسن في الحالة فيجب تسجيل موعد التحسن المتوقع.

הערכת תפקוד בפעולות – המשך

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר הבנה	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 _____

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה ושתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר הבנה	זקוק לעזרה בהאכלה או בשתייה		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, סובל מעיוורון 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		מסכן את עצמו או את סביבתו ויש ירידה בהבנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים	זקוק להשגחה בביצוע רוב פעולות היום ויש ירידה בהבנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים			אינו מסכן את עצמו או את סביבתו

נמק את מסקנתך. אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, אנא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

פרק הזמן למגבלה – אנא סמן אם 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 _____

2. בחר באחת מהאפשרויות:

מילאתי טופס זה על סמך **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 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.