



## בקשה לבדיקה מחדש של זכאי לגמלת סיעוד עקב טענת החמרה طلب فحص مجدد لاستحقاق مخصصات ترميضية عقب الادعاء بتدهور الوضع الصحي

### חובה לצרף לטופס זה

### يجب أن ترفق/ي لهذه الاستمارة

- ✎ 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.
- ✎ وثيقة معلومات طبية محوسبة ( ملخص الملف الطبي، التشخيصات الطبية والأدوية) موقعة من قبل الطبيب المعالج وطبيب العائلة، و/أو موجز تقرير المكوث في المستشفى خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة.

### כיצד יש להגיש את הבקשה

### كيفية تقديم الطلب

- ✎ את טופס הבקשה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ✎ يجب إرسال أو إحضار استمارة الطلب إلى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكنك. للأسئلة والاستفسارات يجب الاتصال على هاتف رقم \*6050 أو 04-8812345.
- ✎ לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס הבקשה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400.
- ✎ لتلقي الشرح والدعم في تعبئة استمارة الطلب، بالأماكن التوجه لقسم الاستشارة للمسئنين في فروع مؤسسة التأمين الوطني، هاتف رقم: 02-6463400
- ✎ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).
- ✎ للمزيد من التفاصيل بإمكانكم تصفح الموقع الإلكتروني التابع لمؤسسة التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

## מי שהגיע לגיל 90

### למן בלג سنّ ال 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.

في حال بلوغك سن ال 90، يمكنك الخضوع لتقييم أدائيّ من قبل طبيب مختص في طب المسنين ( دون دفع أي رسوم من قبل طالب الخدمة)، بدلا من المقيّم التابع لمؤسسة التأمين الوطنيّ.

אם בחרת להיבדק על ידי הרופא הגריאטר, על הרופא הגריאטר למלא את נספח ג' המצ"ב, טופס זה יצורף לתביעה, נוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.

إن إخترت الخضوع الفحص على يد أخصائيّ طب المسنين، سيكون هذا الطبيب ملزماً بتعبئة ملحق ج. المرفق، سيتم إرفاق هذه الاستمارة للطلب، بالإضافة إلى الوثيقة الطبيّة المحوسبة والصادرة عن الطبيب المعالج.

**\* על פי החוק יוכל לערוך הערכה זו רופא גריאטר המועסק ב" מוסד רפואי ציבורי' שבבעלות הממשלה, קופת חולים או רשות מקומית, או תאגיד שהוא מוסד ציבורי..."**

الطبيب المخوّل قانونياً بإجراء هذا التقييم هو المختص بطب المسنين والموظف في " مركز طبيّ عامّ" تابع للحكومة، صندوق مرضى أو سلطة محليّة، أو شركة مسجّلة كمؤسسة عامّة.

**הערה:** מי שנבדק ע"י מעריך יוכל להגיש הערכה תפקודית של רופא גריאטר רק אם חלפו 6 חודשים ממועד ביצוע ההערכה הקודמת.

**מلاحظة:** كلّ من خضع للفحص لدى المقيّم يستطيع تقديم التقييم الأدائيّ من قبل أخصائيّ طب المسنين فقط بعد مرور 6 أشهر على موعد إجراء التقييم السابق.

## חובה לחתום על טופס התביעה

### التوقيع على استمارة الطلب إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

هذه الاستمارة صيغت بالذكور، لكنّها موجّهة للنساء والرجال على حد سواء



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
מוססת התأمين الوطني  
مديرية المخصصات

בקשה לבדיקה מחדש של  
זכאי לגמלת סיעוד עקב  
טענת החמרה

طلب فحص مجدد لاستحقاق  
مخصصات ترميضية عقب  
الادعاء بتدهور الوضع  
الصحي

עמוד 1 מתוך 3

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للاستخدام الداخلي فقط</p> <p>מס' זהות / דרכון رقم بطاقة الهوية الشخصية/جواز السفر</p> <p>סוג המסמך نوع المستند</p> <p>דפים أوراق</p>	<p>חותמת קבלה ختم الاستلام</p>
<p>תאריך קובע التاريخ المحدد</p> <p>יום اليوم</p> <p>חודש الشهر</p> <p>שנה السنة</p>	<p>תאריך תביעה تاريخ الطلب</p> <p>יום اليوم</p> <p>חודש الشهر</p> <p>שנה السنة</p>

פרטי התובע

1

תفاصيل مقدم الطلب

<p>מספר זהות ס"ב رقم بطاقة الهوية الشخصية</p> <p>رقم المراقبة</p>	<p>שם פרטי الإسم الشخصي</p>	<p>שם משפחה إسم العائلة</p>
<p>מצב משפחתי الحالة الإجتماعية</p> <p><input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> أرمل/ة <input type="checkbox"/> منفصل/ة</p> <p><input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> متزوج/ة <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> صديق/ة علني/ة</p>	<p>מין الجنس</p> <p><input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>	<p>תאריך לידה تاريخ الميلاد</p> <p>יום اليوم</p> <p>חודש الشهر</p> <p>שנה السنة</p>

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)  
العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

<p>מיקוד الرمز البريدي</p>	<p>יישוב البلدة</p>	<p>דירה شقة</p>	<p>כניסה مدخل</p>	<p>מס' בית رقم المنزل</p>	<p>רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد</p>
<p>דואר אלקטרוני عنوان البريد الإلكتروني</p>		<p>טלפון נייד الهاتف الخليوي</p> <p>0</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> أوافق على تلقي رسائل نصية قصيرة</p>		<p>טלפון קווי الهاتف أرضي</p> <p>0</p>	

<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b> <b>عنوان المراسلة ( إن اختلف عن العنوان المسجل أعلاه )</b>					
<b>מיקוד</b> الرمز البريدي	<b>יישוב</b> البلدة	<b>דירה</b> شقة	<b>כניסה</b> مدخل	<b>מס' בית</b> رقم المنزل	<b>רחוב / תא דואר</b> شارع/صندوق بريد
<b>הקשיש נמצא כעת ב:</b> <b>المسن متواجد حاليا في:</b>					
<input type="checkbox"/> בכתובת הנ"ל <input type="checkbox"/> في العنوان المسجل أعلاه. <input type="checkbox"/> בבית חולים (ניתן להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט: <input type="checkbox"/> في المستشفى (بالإمكان تقديم الطلب فقط بوجود موعد محدد للخروج من المستشفى). الرجاء التفصيل: שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור*: _____ إسم المستشفى: _____ القسم: _____ تاريخ التسريح*: _____ <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: <input type="checkbox"/> في عنوان آخر. الرجاء التفصيل: אצל: _____ כתובת: _____ لدى: _____ العنوان: _____					

**בן/בת משפחה או אפטרופוס – לתאום ביקור**

**2**

- أحد أفراد العائلة أو وصي- لتنسيق الزيارة
- יש לצרף אישור על מינוי אפטרופוס
- يجب إرفاق وثيقة مصادقة على تعيين وصي
- לא ניתן לרשום בבקשה לתאום מי שאינו בן/בת משפחה או אפטרופוס. בקשה לתאום עם גורם אחר תוגש במצורף לתביעה ותכלול נימוקים לבקשה ותאור מפורט של הקשר עם הקשיש.
- لا يجوز التسجيل في طلب التنسيق من هو ليس فرد من العائلة أو وصي. طلب التنسيق مع طرف آخر يرفق للطلب ويتضمن تفسيراً للطلب ووصفا مفصلاً لنوعية العلاقة مع المسن.
- **נא לציין האם הינך מעוניין להיות נוכח בעת הביקור**  כן  לא
- **אשר إلى رغبتك أو عدم رغبتك بالتواجد خلال الزيارة**  نعم  כלא

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	הקשר לקשיש العلاقة مع المسن	טלפון קווי الهاتف الأرضي

האנשים הגרים עם התובע

3

الأشخاص القاطنين مع مقدّم الطلب

ציין אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סיעוד/שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו  
الرجاء الإشارة إلى وجود/عدم وجود محدودية في الأداء وإلى تلقي/عدم تلقي مخصصات ترميض/خدمات خاصة أو غيرها نتيجة لهذه المحدودية

שנת לידה  
سنة الولادة

יחס קרבה  
علاقة القرابة

שם פרטי  
الإسم الشخصي

שם משפחה  
إسم العائلة

מספר זהות  
رقم بطاقة الهوية الشخصية

ס"ב  
رقم المراقبة

1

ס"ב  
رقم المراقبة

2

ייתור סודיות

4

تنازل عن السرية

ייתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפוטרופוס (אם מונה לו כזה).

وثيقة التنازل عن السرية توقع من قبل مقدّم الطلب أو الوصي عنه ( إن تم تعيين شخص ما لهذه المهمة)

הייתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

التنازل يعتبر شرطاً أساسياً للبحث في الطلب.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מס' ת.ז.

أنا \_\_\_\_\_ الموقع أدناه، حامل بطاقة هوية رقم \_\_\_\_\_

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.

أطالب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو المندوب عنها بجميع المعلومات المتعلقة بمرضي، حالتي الصحية، العلاج الذي تلقيته، نتائجه و/أو أيّ معلومات أخرى تطلب من قبلهم ، و/أو مستند طبيّ آخر.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מס' ת.ז.

أنا \_\_\_\_\_ الموقع أدناه، حامل بطاقة هوية رقم \_\_\_\_\_

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 מאשר בזה כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת מטעמו. אتيح بهذا لمؤسسة التأمين الوطني بتقديم المعلومات الطبية والاجتماعية الخاصة بي، اللازمة لتقديم العلاج ضمن إطار قانون التأمين الترميضي، لأعضاء اللجنة المحلية والموظفين العاملين لصالحهم، إضافة إلى مزود الخدمات الذي سيوفر خدمات الترميض.. أصرح بهذا بأني أعلم أنّ جميع معلومات حول مرض معدي ( إن وجد) يجب أن تقدّم لمزود الخدمات وللمساعدة والموظفة من قبله.

חתימת התובע X

תאריך

תوقيع المدعي X

التاريخ:

אם החותם אינו הזקן, יש לצרף צילום צו אפוסטרופוס.  
 إن كان صاحب التوقيع شخصاً آخر غير المسنّن، يجب إرفاق نسخة عن أمر التوصية

**הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה**

تصريح المدّعي أو مقدّم الطلب

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש 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 בידועין 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.

**ידוע לי כי המוסד רשאי להחליט על שיעור הזכאות, השארת שיעור הזכאות בעינה, הפחתה בשיעור הזכאות או שלילת הזכאות. הכל בהתאם לתוצאות ההערכה התפקודית.**

أنا الموقع أدناه أصرّح بهذا بأنّ جميع التفاصيل المدوّنة في الطلب المجدّد، والتي قدّمتها ضمن استمارة الطلب وملاحقها، كاملة وصحيحة. أعلم بأنّ تقديم تفاصيل غير صحيحة وإخفاء المعطيات يخالفان القانون، وبأنّ الشخص الذي يؤدي، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها، عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم بأنّ أيّ تغيير في أحد التفاصيل المدوّنة في هذا الطلب أو ملاحقه يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو إلى تراكم الدين، ولهذا فأبي التزم بإعلامكم بأيّ تغيير خلال 30 يوم.

كما وأني التزم بإعلام مؤسسة التأمين الوطني عن أي سفر لخارج البلاد لفترة تزيد عن 3 أشهر.

أعلم بأنّه يجوز لمؤسسة التأمين الوطني اتخاذ القرار بشأن نسبة الاستحقاق، بما في ذلك عدم تغييرها، تخفيضها أو إلغائها. وذلك وفق نتائج التقييم الإداري.

x

חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה  
 توقيع المدّعي/متلقّي المخصّصات/مقدّم الطلب

שם פרטי ומשפחה  
 الإسم الشخصي وإسم العائلة

תאריך  
 التاريخ

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

يجب تعبئة هذه التفاصيل إن كان مقدّم الطلب شخصاً آخر غير المدّعي

הקשר לתובע العلاقة مع المسنّن		טלפון קווי الهاتف الأرضي	טלפון נייד الهاتف الخليوي
רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد		מס' בית رقم المنزل	דירה شقة
יישוב البلدة		כניסה مدخل	מיקוד الرمز البريدي



המוסד לביטוח לאומי  
מוססה התאמין الوطني  
مديرية المخصصات

נספח א

מלحق א

שם הנבדק: \_\_\_\_\_  
 اسم الخاضع للفحص: \_\_\_\_\_  
 שנת לידה: \_\_\_\_\_  
 تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
 T.T. رقم بطاقة الهوية الشخصية \_\_\_\_\_

לשימוש  
פנימי בלבד  
(סריקה)  
ללא  
הדפוס (לפני)  
(לפני)

מס' זהות / דרכון  
 رقم بطاقة الهوية الشخصية/جواز السفر

המסמך  
 نوع المستند

08

עמוד 5 מתוך 3

הערכת תפקוד בפעולות היום יום על ידי רופא מומחה בגריאטריה למי ששלאו לו 90 שנה ויותר

תקיים אדא המהם היומיה מן קבל طبيب مختص في طب المسنين للأشخاص الذين بلغوا سن ال 90 عام.

לרופא – נא הקף בעיגול בכל סעיף בשורה העליונה, 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. לטיפול- הרגא وضع دائرة في كل بند حول الرقم المناسب في السلسلة الموجودة في السطر العلوي. التدرج يجب أن يشير إلى مدى احتياج الشخص الخاضع للفحص إلى المساعدة بسبب محدودية حركية أو محدودة عقلية

1. נידודת – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד  
 التنقل- يجب التطرق إلى التنقل فقط داخل المنزل.

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר	מקעד ودائم الجلوس في الكرسي المتحرك/ الاستلقاء في السرير ومتعلق كليًا بشخص آخر	נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים	ינתقل باستخدام/دون استخدام جهاز ما/ لكنه يحتاج للمساعدة من قبل شخص آخر، أو يحتاج للتوجيه بسبب المحدودية العقلية أو العمى/ أو مستقل بواسطة استخدام كرسي متحرك والتنقل بين المعابر	עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל	ינתقل باستقلالية باستخدام/دون استخدام جهاز ما، دون جهد أو ببذل جهد قليل	

2. נפילות  
 سقوط

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו	בישפט كثيرا، بمعدل مرة واحدة في الأسبوع على الأقل ولا ينهض بقواه الذاتية	נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש בממוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו	בישפט بوتيرة منخفضة، بمعدل مرة واحدة في الشهر خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة ولا يستطيع النهوض بقواه الذاتية، أو سقط مرتين خلال الشهر الأخير ولم ينهض بقواه الذاتية	אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה	לא בישפט, أو بيشط بفترات متباعدة، أو بيشط وينهض دون مساعدة	

3. הלבשה  
 ارتداء الملابس

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה	יحتاج إلى المساعدة في ارتداء البنطلون/القميص، وضع أحد الأطراف الإصطناعية ( ذراع/رجل)، توجيه دائم بسبب محدودية عقلية	זקוק לסיוע או דרבון קל בהלבשה, (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)	יحتاج إلى القليل من المساعدة أو التحفيز لارتداء ملابسه ( التزير، ارتداء الجوارب، اختيار الملابس، وضع معدات متعلقة بالعلاج العظمي)	מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל	ירتدي ملابسه دون مساعدة، دون جهد أو ببذل جهد قليل	

4. רחצה  
 اغتسال

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה	יحتاج إلى مساعدة كاملة بما في ذلك غسل الوجه، أو يرفض بسبب المحدودية العقلية	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	يغتسل دون مساعدة، دون جهد أو ببذل جهد قليل	

5. אכילה ושתייה  
 تناول الطعام والشراب

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

עמוד 6 מתוך 3

<p>אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל</p>	<p>זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון</p>	<p>זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה</p>	<p>תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה</p>
<p>יִתְנַוֵּל הַטֶּעַם וְהַשְׂרָב דוֹן מִסָּעָדָה, בְּמֵאֵל בְּזֶלֶק תְּסַחֵן וְתִקְדִים וְגִבָּה טֶעַם, דוֹן גֵּהַד אוֹ בִּיזָל גֵּהַד קָלִיל</p>	<p>יִחְתָּךְ אֶל הַמִּסָּעָדָה בְּתִנּוֹל הָאֲדוּיָה, כְּפִיף, לֹא יִקּוּם בְּתִסְחִיךְ וְתִקְדִים וְגִבָּה הַטֶּעַם לְנִפְסֵהּ</p>	<p>יִחְתָּךְ אֶל הַמִּסָּעָדָה בְּתִנּוֹל הַטֶּעַם ( אוֹ הַשְׂרָב), אוֹ יִרְפֹּץ בְּסִבָּב מְחֻדָּדָה עֲלִיָּה</p>	<p>מֵתְעַלֵּךְ תָּמָא בְּאַחֲרִיךְ לָאֲדָא, גִּמִּיךְ הַמְהָא מֵתְעַלְעָה בְּהַטֶּעַם, בְּמֵאֵל בְּזֶלֶק הַשְׂרָב</p>

**6. הפרשות – סיוע לטיפול בהפרשות**  
**האפרזות- מסעדה בִּי הַטֶּעַם מֵע הָאֲפְרָזוֹת**

1	2	3	4	5	6	7
<p>עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות</p>	<p>זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בליה)</p>	<p>משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה באחת מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית</p>	<p>משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות</p>	<p>משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות</p>	<p>משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות</p>	<p>אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)</p>
<p>מִסְתַּלֵּךְ בְּכֹל מֵאֵיךְ יִתְעַלֵּךְ בְּהַטֶּעַם מֵע הָאֲפְרָזוֹת</p>	<p>יִחְתָּךְ אֶל הַקָּלִיל מִן הַמִּסָּעָדָה ( תִּפְרִיג הַעֲבֹה, וְצִע הַחֲפָצוֹת אוֹ הַמִּרְאָפָה חֲלָל הַלַּיִל)</p>	<p>יִסְתַּחֵם הַחֲמָם/הַוְּסָאֵל הַבִּדְיָה לְכֵנֵה יִחְתָּךְ אֶל הַמִּסָּעָדָה בְּיִחְדֵי הַמְהָא: הַתְּנַקֵּל, אֲרֵתֵא הַלְּבָאָס הָאֲדָחְלִי, הַנְּטָפָה הַשְּׁחִשְׁיָה</p>	<p>יִסְתַּחֵם הַחֲמָם/הַוְּסָאֵל הַבִּדְיָה לְכֵנֵה יִחְתָּךְ אֶל הַמִּסָּעָדָה בְּיִחְדֵי הַמְהָא</p>	<p>יִסְתַּחֵם הַחֲמָם/הַוְּסָאֵל הַבִּדְיָה לְכֵנֵה יִחְתָּךְ אֶל הַמִּסָּעָדָה בְּיִחְדֵי הַמְהָא</p>	<p>יִסְתַּחֵם הַחֲמָם/הַוְּסָאֵל הַבִּדְיָה לְכֵנֵה יִחְתָּךְ אֶל הַמִּסָּעָדָה בְּיִחְדֵי הַמְהָא</p>	<p>גַּיֵר מְתַחֵם בְּהַעֲצֵלְתָן הָעֲצֵרְתָן וְמֵתְעַלֵּךְ תָּמָא בְּאַחֲרִיךְ לָאֲדָא גִּמִּיךְ הַמְהָא ( הַתְּנַקֵּל/ אֲרֵתֵא הַמְלָאִיס וְהָאֵהָמָא בְּהַנְּטָפָה הַשְּׁחִשְׁיָה)</p>

**7. השגחה**  
**האשראף/המראה**

1	2	3	4	5	6	7
<p>אינו מסכן את עצמו או את סביבתו</p>	<p>זקוק להשגחה בביצוע פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבדו לפרקי זמן מסוימים</p>	<p>מסכן את עצמו או את סביבתו לפרקי זמן קצרים</p>	<p>זקוק להשגחה בביצוע פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבדו לפרקי זמן מסוימים</p>	<p>זקוק להשגחה בביצוע פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבדו לפרקי זמן מסוימים</p>	<p>מסכן את עצמו או את סביבתו לפרקי זמן קצרים</p>	<p>מסכן את עצמו או את סביבתו לפרקי זמן קצרים</p>
<p>לֹא יִעֲרָץ נִפְסֵהּ וְהַמְחִיבִיךְ בֵּה לְחִטָּר</p>	<p>יִחְתָּךְ לְאִשְׂרָאף חֲלָל תְּנִיז הַמְהָא הַיּוֹמִיָה, קָלָה הַוְּעִי וְצִעֵף הַזָּכָרָה, וְלְכֵן בְּהָאֵמָכְן תְּרַכֵּה וְחִידָא לְקִטְרָת מְחֻדָּדָה</p>	<p>יִעֲרָץ נִפְסֵהּ אוֹ הַמְחִיבִיךְ בֵּה לְחִטָּר וְלֹא יִגְזוֹר תְּרַכֵּה וְחִידָא חֲתִי לְקִטְרָת זִמְנִיָה קְצִירָה</p>	<p>יִחְתָּךְ לְאִשְׂרָאף חֲלָל תְּנִיז הַמְהָא הַיּוֹמִיָה, קָלָה הַוְּעִי וְצִעֵף הַזָּכָרָה, וְלְכֵן בְּהָאֵמָכְן תְּרַכֵּה וְחִידָא לְקִטְרָת מְחֻדָּדָה</p>	<p>יִחְתָּךְ לְאִשְׂרָאף חֲלָל תְּנִיז הַמְהָא הַיּוֹמִיָה, קָלָה הַוְּעִי וְצִעֵף הַזָּכָרָה, וְלְכֵן בְּהָאֵמָכְן תְּרַכֵּה וְחִידָא לְקִטְרָת מְחֻדָּדָה</p>	<p>יִעֲרָץ נִפְסֵהּ אוֹ הַמְחִיבִיךְ בֵּה לְחִטָּר וְלֹא יִגְזוֹר תְּרַכֵּה וְחִידָא חֲתִי לְקִטְרָת זִמְנִיָה קְצִירָה</p>	<p>יִעֲרָץ נִפְסֵהּ אוֹ הַמְחִיבִיךְ בֵּה לְחִטָּר וְלֹא יִגְזוֹר תְּרַכֵּה וְחִידָא חֲתִי לְקִטְרָת זִמְנִיָה קְצִירָה</p>

**פּרָטִי מוֹסֵר הַמִּידֵע**  
**תְּפָאִסִיל מְקָדֵם הַמְעֻלּוֹמָת**

**בחר באחת מהאפשרויות**

יִחְרַךְ אֶל הָאֵמָכְנִיָת הַתָּלוּיָה

מילאתי טופס זה ע"ס בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי, במוסד הרפואי/מרפאה \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

צמַת בְּתַעֲבִיָה זֶהָ הָאֵסְתִמָּרָה אֵעֵמָדָא אֵלֵי הַפְחֻס וְהַתְּקִיִם הַזֵּי אֲגְרִיבֵהּ, כְּאַחְסָאֵי טִב הַמְסִנִּיךְ בְּהַמְרָכֵז הַטִּבְיָי בְּיִחְדֵי הַמְרָכֵז \_\_\_\_\_

מילאתי טופס זה ע"ס הערכה גריאטרית של ד"ר \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ ובדיקה שלי בתאריך \_\_\_\_\_

צמַת בְּתַעֲבִיָה זֶהָ הָאֵסְתִמָּרָה אֵעֵמָדָא אֵלֵי תְּקִיִם אֲחְסָאֵי טִב הַמְסִנִּיךְ \_\_\_\_\_ בְּיִחְדֵי הַמְרָכֵז \_\_\_\_\_ וְהָאֵמָכְנִיָה \_\_\_\_\_

שֵׁם הַרּוֹפֵא \_\_\_\_\_ תְּחוּם הַהַתְּמַחּוֹת \_\_\_\_\_ שֵׁם הַמוֹסַד הַרְפוּאִי/מְרַפָּא \_\_\_\_\_

אֵסֵם הַטִּבְיָי \_\_\_\_\_ מְגָל הַתְּחַסָּס \_\_\_\_\_ אֵסֵם הַמְרָכֵז הַטִּבְיָי/ הָעִיָדָה הַטִּבְיָי \_\_\_\_\_

חֲתִימָה \_\_\_\_\_ חוֹתֵמַת \_\_\_\_\_

הַתּוֹקִיע: \_\_\_\_\_ הַחֵטֵם \_\_\_\_\_