



תביעה לבדיקה מחדש של זכאי לגמלת סיעוד עקב טענת החמרה

חובה לצרף לטופס זה

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.

כיצד יש להגיש את הבקשה

את טופס הבקשה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס הבקשה, ניתן לפנות למחלקת ייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400.

מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

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 לערוך 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 עבור התובע ואין לבצע בזמן אשפוז.
אם בחרת בבדיקה זו, על הרופא מומחה בגריאטריה למלא את נספח א' המצורף.
את הטופס שמילא הרופא, יש לצרף לתביעה בנוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.

ביצוע הערכת תלות למי שמלאו לו 80 וטרם מלאו לו 90

במסגרת תכנית ניסיונית, אם מלאו לך 80 וטרם מלאו לך 90 שנה, באפשרותך לבחור בביצוע הערכה תפקודית ע"י רופא מומחה בגריאטריה **בביתך** (ללא תשלום ע"י התובע), במקום ע"י מעריך המוסד. התכנית מיועדת לתובעים המתגוררים באזורי התכנית הניסיונית בלבד, ביישובים המשויכים לסניפי המוסד: טבריה, ירושלים, פתח תקווה, נהריה, רמת גן ובאר שבע.

* למידע על ביצוע הערכת תלות ע"י רופא מומחה בגריאטריה ראה הנחיות לבני ה 90 .

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח סיעוד
תביעה לבדיקה מחדש של
זכאי לגמלת סיעוד עקב
טענת החמרה

עמוד 1 מתוך 5

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>תאריך תביעה</p> <p>שנה חודש יום</p>
<p>תאריך קובע</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>

פרטי התובע

1

<p>שם משפחה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>מספר זהות</p> <p>ס"ב</p>												
<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מין</p> <p><input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה</p>	<p>מצב משפחתי</p> <p><input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה</p> <p><input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור</p>												
<p>התובע נמצא כעת ב:</p> <p><input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו</p> <table border="1"> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד									
<p>טלפון קווי</p>	<p>טלפון נייד</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS</p>	<p>דואר אלקטרוני</p>												
<p><input type="checkbox"/> בבית חולים (אפשר להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים). פרט: _____</p> <p>שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור: _____</p> <p><input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: אצל: _____ כתובת: _____</p> <table border="1"> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד									

2

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

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

3

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

יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס

כדי לתאם ביקור עם גורם אחר יש לצרף לתביעה בקשה שתכלול נימוקים ותיאור מפורט של הקשר עם התובע.

שם משפחה	שם פרטי	הקשר לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	

4

פרטים נוספים

שפות דיבור

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

פרטי קופת חולים

התובע שייך לקופת חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

סניף קופת החולים שבו הוא מטופל _____

ייעוץ לקשיש

הייעוץ לקשיש מציע שירותי ביקורי בית ע"י מתנדבים. אני מעוניין בביקורי מתנדב

פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
----------	---------	------------------

האם בן/בת הזוג הגישה תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת גמלת סיעוד? כן לא

5

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 אחרת בשל מגבלה זו
1					
2					

6

הרקע להחמרת המצב

ציין את הסיבה להחמרת המצב

שינוי במצב רפואי. פרט _____

שינוי במצב משפחתי _____

אחר, פרט _____

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>8</td> <td>סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>										0	8	סוג המסמך	דפים						
0	8	סוג המסמך	דפים																
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)																			

נספח א'
הערכת תפקודית של רופא מומחה בגריאטריה לבני 90+ ולבני 80 - 89

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 סיעוד



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 למי שמלאו לו 90 שנה ויותר (בדיקה במרפאה) או מלאו לו 80 שנה וטרם מלאו לו 90 (בדיקה בבית בלבד) – בסניפי המוסד בניסוי: טבריה, ירושלים, פתח תקוה, נהריה, רמת גן ובאר שבע.

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

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 _____						

1. 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 _____						

2. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלישת מכנסיים, חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה		זקוק לסייע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)				מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל
נמק את מסקנתך _____						

3. רחצה

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 לסייע 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, שבוצעה בבית התובע במרפאה.

פרטי המוסד הרפואי ציבורי:

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 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 בייעוץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל כדי לשמור על רצף רפואי.