



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.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

מי שהגיע לגיל 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. אם בחרת להיבדק על ידי רופא מומחה בגריאטריה, על הרופא המומחה למלא את נספח ג' המצ"ב, טופס זה יצורף לתביעה, נוסף לתדפיס מידע רפואי מהרופא המטפל.

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

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

חובה לחתום על טופס התביעה

האנשים הגרים עם התובע

3

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	ס"ב				
2	ס"ב				

4

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלול 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

בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____



נספח א'

עמוד 4 מתוך 4

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									
08									

שם הנבדק:									
שנת לידה:									
ת.ז.									

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

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.

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	
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	
3. הלבשה						
7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה		זקוק לסיוע או דרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי)			מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל	
4. 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/תחתון			זקוק לסיוע / דרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגלים)	
5. אכילה ושתייה						
7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה		זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה			זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון	
6. הפרשות – סיוע לטיפול בהפרשות						
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 בשלושת הפעולות			משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בחלק תחתון, היגיינה אישית	
משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות		משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות			זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	
7. השגחה						
7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ולא ניתן לתכנן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים		זקוק להשגחה בביצוע פעולות היום יום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבדו לפרקי זמן מסוימים			אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	

פרטי מוסר המידע

בחר באחת מהאפשרויות

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

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

שם הרופא _____ תחום ההתמחות _____ שם מוסד הרפואי/מרפאה _____

חתימה _____ חותמת _____