

תאריך \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**טופס בקשה לביצוע מבחן הערכת תלות**

א. פרטים אישיים של המטופל

ת"ז \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_ תאריך עליה \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

שפות דיבור: \_\_\_\_\_

קופת חולים:  כללית  מאוחדת  מכבי  ומית   זת \_\_\_\_\_

הכתובת בה גר(ה) המטופל(ת):

רחוב \_\_\_\_\_ מספר בית \_\_\_\_\_ כניסה \_\_\_\_\_ דירה \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_

מיקוד \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_

נמצא/ת כעת ב:  בכתובת הנ"ל  בית חולים, פרט \_\_\_\_\_ תאריך שחרור \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

בכתובת אחרת אצל, פרט \_\_\_\_\_

האם גר(ה) במוסד/ בית אבות  לא  כן

ב. מטפל עיקרי לתאום ביקור

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ הקשר למטופל/ת \_\_\_\_\_

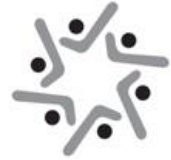
טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

ג. כתובת לתאום ולמשלוח מכתבים

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ הקשר לזקן \_\_\_\_\_

רחוב/ שכונה \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_



ד. האנשים שגרים עם המטופל

ת. ז.	שם משפחה	שם פרטי	יחס קירבה	שנת לידה	עיסוק
1					
2					
3					
4					

ה. תפקוד בפעולות היום יום (סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה: עצמאי או זקוק לעזרה)

תפקוד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה
ניידות בבית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
הלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
רחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
טיפול בהפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

לבקשה יש לצרף את המסמכים הבאים:

מצ"ב אישור על תשלום השלמת אגרת בקשה להעסקת עובד זר-מבחן תלות ע"ס 290 ש.

מצ"ב סיכום מידע רפואי ממולא ע"י רופא ומודפס.

מצ"ב סיכום מחלה מאשפוז (במידה והיה במהלך שלושת החודשים האחרונים).

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_