



## 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 ובירורים 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](http://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 לבצעה 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.

### 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><b>חותמת קבלה</b></p>                      |
| <p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך דפים</p> | <p><b>תאריך תביעה</b></p> <p>שנה חודש יום</p> |
| <p><b>תאריך קובע</b></p> <p>שנה חודש יום</p>  | <p><b>תאריך תביעה</b></p> <p>שנה חודש יום</p> |

**1**

**פרטי התובע**

|  |  |  |
|--|--|--|
| שם פרטי  | שם משפחה   | מספר זהות ס"ב  |
| מין  | תאריך לידה   | מצב משפחתי   |
| <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | <p>שנה חודש יום</p>  | <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה<br><input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור |
| <b>התובע נמצא כעת ב:</b>                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו                     |  |  |
| רחוב / תא דואר   | מס' בית  | כניסה  |
|  |  |  |
| דואר אלקטרוני  | טלפון נייד   | טלפון קווי   |
|  | <p> <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS         </p> | <p>שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור: _____</p> <p> <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: אצל: _____ כתובת: _____         </p>  |
| רחוב / תא דואר   | מס' בית  | כניסה  |
|  |  |  |

**2**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| שם פרטי  | שם משפחה   | מספר זהות ס"ב  |
| מין  | תאריך לידה   | מצב משפחתי   |
| <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | <p>שנה חודש יום</p>  | <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה<br><input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור |
| <b>התובע נמצא כעת ב:</b>                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> בכתובת מגוריו                     |  |  |
| רחוב / תא דואר   | מס' בית  | כניסה  |
|  |  |  |
| דואר אלקטרוני  | טלפון נייד   | טלפון קווי   |
|  | <p> <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS         </p> | <p>שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור: _____</p> <p> <input type="checkbox"/> בכתובת אחרת. פרט: אצל: _____ כתובת: _____         </p>  |
| רחוב / תא דואר   | מס' בית  | כניסה  |
|  |  |  |

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<br>ס"ב |
|----------|---------|------------------|

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 \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

**הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה לבדיקה מחדש שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה 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 המוסד רשאי להחליט על שיעור הזכאות, השארת שיעור הזכאות בעינה, הפחתה בשיעור הזכאות או שלילת הזכאות. הכול בהתאם לתוצאות ההערכה התפקודית.

X

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה

**למלא אם מגיש התביעה אינו התובע:**

|            |            |            |       |      |       |       |
|------------|------------|------------|-------|------|-------|-------|
| הקשר לתובע | טלפון קווי | טלפון נייד |       |      |       |       |
| רחוב       |            | מספר בית   | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|            |            |            |       |      |       |       |

**נספח א'**  
**הערכת תפקודית של**  
**רופא מומחה בגריאטריה**  
**לבני 90+**

המוסד לביטוח לאומי  
 מינהל הגמלאות  
 סיועוד



|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| לשימוש<br>פנימי<br>בלבד<br>(סריקה) |                    |
| מס' זהות / דרכון<br>_____          | סוג המסמך<br>0   8 |
| דפים<br>_____                      | _____              |

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)**

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 בממוצע 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 לסיוע 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 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 \_\_\_\_\_

**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 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 במרפאה.

פרטי המוסד הרפואי ציבורי:

שם המוסד הרפואי \_\_\_\_\_ 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.