



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 _____