



שם מבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

שאלון הערכה תפקודית לרופא המטפל

למילוי על-ידי רופא בלבד

א. פרטי המוערך					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
				☐ זכר ☐ נקבה	

ב. מקום ביצוע ההערכה התפקודית		
בית המבוטח	מוסד סיעודי / גריאטרי - שם המוסד	שם בית אבות בו שוהה המבוטח
		החל מ

ג. אבחנות רפואיות ותאריכים	
תאריך	אבחנה רפואית

ד. טיפול תרופתי שמקבל המבוטח	

ה. מצב תפקודי	
ניידות	☐ עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
שיתוק	☐ אין שיתוק ☐ שיתוק גף ימין/שמאל, עליון/תחתון ☐ שיתוק שתי גפיים תחתונות ☐ שיתוק ארבע גפיים
לקום ולשכב	☐ עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
לאכול ולשתות	☐ עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
להתלבש ולהתפשט	☐ עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
להתרחץ ולהתגלח	☐ עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
לשלוט על הסוגרים	שכן: ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ מבוטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן, ושבשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, ייחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של הפעולה "לשלוט על הסוגרים", כהגדרתה בחוזר סיעוד. לעניין זה "קושי בניידות" - קושי בניידות שאינו עולה כדי חוסר יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת "הניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד. פעולות מעייים: ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
התמצאות	☐ מתמצא בזמן ובמקום ☐ לא מתמצא בזמן ובמקום ☐ מבולבל לעיתים רחוקות ☐ מבולבל לעיתים קרובות
מצב רגשי	מדוכא: ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעיתים קרובות ☐ מצב דיכאוני קבוע תוקפן: ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעיתים קרובות ☐ תוקפני כל הזמן

(מהדורה 11.2020)

מטופל על-ידי: ☐ עובד זר ☐ מטפל מטעם ביטוח לאומי ☐ בן משפחה

ו. המלצות להמשך טיפול

ז. המלצות לשירותי עזר / סעד

ח. המלצות לסידור מוסדי

תאריך	שם המעריך	תפקיד	חתימה וחותמת המעריך ★



018720000101011120

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 872