

לכבוד:
מחלקת תביעות סיעוד | אגף תביעות חיים, סיעוד ותאונות אישיות
חטיבת דקלה | הראל ביטוח ופיננסים בע"מ

הנדון: הערכה ☐ תפקודית / ☐ קוגניטיבית / ☐ משולבת (יש לבחור את הבדיקה המתאימה)

לתשומת ליבכם, סעיפים 9-11 למילוי ע"י רופא/ה בלבד
* מטעמי נוחות הטופס שלהלן נוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים וגברים כאחד

הערה: בפוליסה הקבוצתית לחברי כללית (סיעודי מושלם) הוכנסו שינויים בתנאי הפוליסה לזכאות עבור מקרה ביטוח החל מ- 1/25 ואילך (יש להתייחס לשינויים הרלוונטיים תחת פעולות ADL בנושא הלבשה ורחצה). על מבצע הערכה להתייחס בנפרד במסגרת מסמך זה לתנאים השונים לזכאות תחת הפוליסות השונות, כאילו המבוטח מחזיק בשתייהן (סיעודי מושלם ובנוסף פוליסה סיעודית אחרת).

1 פרטים אישיים של המבוטח	
שם המבוטח	מספר ת.ז.
תאריך לידה	
מיקום הבדיקה:	
☐ בית המבוטח ☐ דיור מוגן ☐ מוסד סיעודי ☐ בבי"ח (יש לבחור את המיקום המתאים)	
כתובת מיקום הבדיקה: רחוב	מס'
האם נכח מי מטעמו של המבוטח בבדיקה?	כן ☐ לא ☐
שמו וקרבה למבוטח?	מיקוד
האם המבוטח אישר את נוכחות הגורם הנוסף?	כן ☐ לא ☐
האם הבדיקה בוצעה בשפתו של המבוטח?	כן ☐ לא ☐
באיזו שפה?	במידה ולא האם מהלך הבדיקה תורגם למבוטח בשפתו ע"י מי מטעמו? ☐ כן ☐ לא
כיצד זוהה המבוטח? ☐ ת.ז./דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ מסמך אחר (יש לציין שם מסמך ואם כולל תמונה)	

לתשומת ליבכם, הערכה קוגניטיבית תבוצע רק בנוכחות בן משפחה של המבוטח!

2 מסמכים רפואיים שעמדו לרשותך (במידה והוצגו מסמכים בעת הביקור נבקש לצרף צילום לבדיקה):
פירוט:

3 אבחנות רפואיות/מחלות רקע (מחלה + תאריך גילוי) / אשפוזים בחודשים האחרונים (תאריך וסיבת אשפוז):
פירוט:

4 אנמנזה ותולדות מחלות עבר:
פירוט:

5 תרופות קבועות:
פירוט:

טבלת תפקוד (יש לפרט ככל הניתן במלל את "ממצאי הפעולה" ולציין מפורשות האם הודגמה הפעולה)

שם הפעולה	מצאי פעולה	עצמי / אינו עצמי				
א. קימה משכיבה במיטה לשיבה ומישיבה בכיסא לעמידה - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)? - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא או ממיטה ממצב ישיבה למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?	פירוט:					
ב. הלבשה - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו העליון? - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו התחתון?	פירוט:					
האם המבוטח עצמאי בלבוש בגדים מותאמים או בעזרת אביזר? [עבור סיעודי מושלם מ-1/25]						
ג. רחצה האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה?	<table border="1"> <tr> <td>פלג גוף עליון</td> <td>פלג גוף תחתון</td> </tr> <tr> <td> ☐ יכול ☐ לא יכול </td> <td> ☐ יכול ☐ לא יכול </td> </tr> </table> פירוט:	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון	☐ יכול ☐ לא יכול	☐ יכול ☐ לא יכול	
פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון					
☐ יכול ☐ לא יכול	☐ יכול ☐ לא יכול					
האם עצמאי עם אביזר? [עבור סיעודי מושלם מ-1/25]	<table border="1"> <tr> <td>פלג גוף עליון</td> <td>פלג גוף תחתון</td> </tr> <tr> <td> ☐ יכול ☐ לא יכול </td> <td> ☐ יכול ☐ לא יכול </td> </tr> </table> פירוט:	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון	☐ יכול ☐ לא יכול	☐ יכול ☐ לא יכול	
פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון					
☐ יכול ☐ לא יכול	☐ יכול ☐ לא יכול					
האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהאמבטיה או המקלחת? לא רלוונטי עבור סיעודי מושלם מ-1/25	<table border="1"> <tr> <td>כניסה ויציאה מאמבטיה/מקלחת</td> </tr> <tr> <td> ☐ יכול ☐ לא יכול </td> </tr> </table> פירוט:	כניסה ויציאה מאמבטיה/מקלחת	☐ יכול ☐ לא יכול			
כניסה ויציאה מאמבטיה/מקלחת						
☐ יכול ☐ לא יכול						
ד. אכילה ושתייה האם המבוטח יכול לאכול ולשתות בכוחות עצמו כולל שתייה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבור המבוטח והוגש לו?	פירוט:					
ה. שליטה על הסוגרים - האם קיימת בעיה מאובחנת לאי שליטה באחד הסוגרים או - האם אבחנה להיענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות? זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד: - האם ישנה אבחנה להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן ע"י מומחה בתחום? - האם קיים קושי בניידות שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת ניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו? [יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך]	נא לסמן באם המבוטח שולט או לא שולט בכל פעולה: <table border="1"> <tr> <td>שתן</td> <td>פעולות המעיין</td> </tr> <tr> <td> ☐ שליטה מלאה ☐ חוסר שליטה </td> <td> ☐ שליטה מלאה ☐ חוסר שליטה </td> </tr> </table> פירוט:	שתן	פעולות המעיין	☐ שליטה מלאה ☐ חוסר שליטה	☐ שליטה מלאה ☐ חוסר שליטה	
שתן	פעולות המעיין					
☐ שליטה מלאה ☐ חוסר שליטה	☐ שליטה מלאה ☐ חוסר שליטה					
ו. ניידות - האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו? - האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן - האם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות ומהי הסיבה הרפואית, האם ניתן להסביר נפילות אלה באבחנה רפואית? ככל שניתן נא להתייחס לתדירות. - באם היה ברשות המבוטח אביזר (כגון מקל הליכה, הליכון) האם היה אביזר זה פותר את בעיית חוסר היציבות / אי שיווי משקל?	פירוט:					

7 במקרה של מחלת הסרטן, נא לפרט:

האם המבוטח/ת עובר/ת טיפולים: ☐ כן ☐ לא

אם כן, יש לציין את סוג הטיפול:

תדירות הטיפול:

תאריך תחילת הטיפול:

צפי סיום סידרת הטיפולים:

8 מי מתגורר עם המבוטח בבית:

פרט:

האם מוכר כסיעודי ע"י גורם מוכר (כדוגמא ביטוח לאומי, חברת ביטוח)? ☐ כן ☐ לא

האם יש עוזרת / מטפלת זרה או מטפלת מטעם המוסד לביטוח לאומי? ☐ כן ☐ לא

מה היקף השעות השבועיות:

אין למלא
דוגמא להמחשה בלבד

שם המבוטח: תעודת זהות:

9 בדיקה גופנית	
	מצב כללי
	נשימתי
	ראש, פנים
	צוואר
	לב
	בטן
	גפיים
	עור

בדיקה ניירולוגית ואורתופדית	
מצב הכרה	
כח גס ידיים	
טווחי תנועה ידיים	
טונוס שרירים ידיים	
כח גס רגליים	
טווחי תנועה רגליים	
טונוס שרירים רגליים	
קואורדינציה ומוטוריקה עדינה	
חזירים גידים	
בדיקת תחושה	
עצבים קרניאליים	
חזירים פתלוגיים	
מח קטן	
גב	
צוואר	
פירוט נוסף:	

11 בדיקה קוגניטיבית-תשישות נפש (ימולא על ידי מומחה בתחום כגון רופא מומחה בתחום הגריאטריה או פסיכיאטריה)		
שם הפעולה	ממצאי הפעולה	תשובה / אינו תשובה
תשישות נפש האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אלצהיימר או צורות דמנטיות שונות (ימולא על ידי רופא מומחה בתחום בלבד) פירוט כולל התייחסות לרקע הפגיעה הקוגניטיבית, האם המצב זמני או קבוע ואילו מבחנים בוצעו לקביעת מצב זה:		
		
		
		
		
		
		
		
		
		

פירוט נוסף לעניין בדיקת תשישות נפש:

12 סיכום הבדוק, לרבות התייחסות באם קיים צפי שיקום (רופא/ה או אח/ות):

פירוט:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13 טבלת תפקוד מסכמת ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):

פעולה	האם המבוטח עצמאי ב-ADL
רחצה	☐ כן ☐ לא
רחצה [פוליסת סיעודי מושלם מ-1/25] - לא תיבחן יכולתו של המבוטח להיכנס/לצאת מהמקלחת/מהאמבטיה. כמו כן, היעזרות באביזר לצורך ביצוע הפעולה - לא תחשב כמצב מזכה	☐ כן ☐ לא
הלבשה	☐ כן ☐ לא
הלבשה [פוליסת סיעודי מושלם מ-1/25] יכולתו של המבוטח להתלבש בעצמאות עם בגדים מותאמים ו/או באמצעות היעזרות באביזר בביצוע הפעולה - לא תחשב כמצב מזכה	☐ כן ☐ לא
לקום משכיבה במיטה לשיבה ולקום משיבה בכיסא לעמידה	☐ כן ☐ לא
לאכול ולשתות	☐ כן ☐ לא
שליטה על הסוגרים	☐ כן ☐ לא
ניידות	☐ כן ☐ לא
תשישות נפש - בדיקה משולבת	☐ עונה להגדרת תשוש ☐ אינו עונה להגדרת תשוש

פרטי הבדוק ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):

שם הבדוק	מ.ר.	תאריך הבדיקה
שעת תחילת בדיקה	שעת סיום בדיקה	חתימה וחותמת הבדוק