

שם המבוטח:

מס' ת.ז.:

תאריך

חוות דעת זו הינה לחברת הביטוח כלל בריאות סיעוד

הנידון: בדיקה שיקומית / פסיכוגריאטרית / משולבת

ע"ש ת.ז.

חוו"ד זו ניתנה לבקשת _____ ומיועדת להגשה לחברת הביטוח כלל סיעוד.

הבדיקה בוצעה ב(מקום ביצוע הבדיקה) _____ בנוכחות: _____

ההערכה מתבססת על עיון במסמכים רפואיים שהוצגו בפני ובדיקה שערכתי בתאריך

_____.

לאחר זיהוי הנבדקת/הנבדק כנגד תעודת זהות.

שעת כניסה: _____ שעת סיום הבדיקה: _____

פרטים מזהים:

שם:

ת.ז.:

ת. לידה:

כתובת:

איש הקשר:

טלפון:

מקורות המידע/המסמכים הרפואיים אשר עמדו לרשותי:

אבחנות רפואיות:

שם המבוטח:

מס' ת.ז.:

תרופות קבועות:

תולדות המחלה:

בדיקה גופנית וסטטוס:

בדיקה נוירולוגית:

תחושה:

פלג גוף עליון:

פלג גוף תחתון:

כח גס:

פלג גוף עליון:

פלג גוף תחתון:

טונוס:

טווחים:

פלג גוף עליון:

פלג גוף תחתון:

בדיקה קוגניטיבית (על ידי רופא מומחה בתחום):
- תוצאות מבחן MMSE

התמצאות:

שם המבוטח:

מס' ת.ז. :

במקום-

בזמן-

חזרה מיידית על 3 מילים-

החסרת 7 מהמספר 100-

חזרה על שלוש מילים-

שיום-

פירוש מתאים לפתגם-

הוראה בשלושה שלבים-

פקודה כתובה-

העתקת מחומשים-

כתיבת משפט "ספונטני"-

סיכום:

בדיקה תפקודית

מעברים:

קימה מישיבה לעמידה (תיאור ביצוע המעבר) –

קימה משכיבה לישיבה (תיאור ביצוע המעבר)-

האם על פי הערכתך נדרש לעזרה מהותית (מעל 50%) בביצוע הפעולה?

ניידות:

(תיאור ביצוע הפעולה)-

שם המבוטח:

מס' ת.ז. :

האם על פי הערכתך נדרש לעזרה מהותית (מעל 50%) בביצוע הפעולה?

הלבשה:

פלבג גוף עליון (תיאור ביצוע הפעולה) -

פלבג גוף תחתון (תיאור ביצוע הפעולה) -

האם על פי הערכתך נדרש לעזרה מהותית (מעל 50%) בביצוע הפעולה?

רחצה:

רחצת פלבג גוף עליון: (תיאור ביצוע הפעולה) -

רחצת פלבג גוף תחתון: (תיאור ביצוע הפעולה) -

כניסה ויציאה מהאמבטיה: (תיאור ביצוע הפעולה) -

האם על פי הערכתך נדרש לעזרה מהותית (מעל 50%) בביצוע הפעולה?

אכילה:

(תיאור ביצוע הפעולה) -

סוגרים:

דיון וסיכום :

שם המבוטח:

מס' ת.ז. :

<u>ADL</u>	<u>פעולה</u>
	מעברים
	ניידות
	הלבשה
	רחצה
	אכילה
	סוגרים
	סה"כ ADL
	תשישות נפש (עונה להגדרת תשוש נפש / לא עונה להגדרת תשוש נפש)

שם המבצע:

התמחות:

תפקיד נוכחי:

רישיון מומחה :