



תביעה לגמלת סיעוד

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד

חובה לצרף לטופס זה

1. תדפיס מידע רפואי ממוחשב (תמצית תיק רפואי, אבחנות ותרופות), חתום על ידי רופא מטפל (רופא המשפחה), או סיכום אשפוז שהתקיים ב – 3 חודשים אחרונים.
2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (**למעט** קצבאות ביטוח לאומי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים) לשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת תביעה. אם הגשת תביעה בשנים עשר החודשים האחרונים, אין צורך להמציא מחדש אישורי הכנסות.
3. אם אתה מתגורר בבית אבות/מוסד/משפחתון, תמלא הנהלת המקום, האישור המופיע בסעיף 9 (בטופס התביעה).

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון 6050* או 04-8812345.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
- באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il**
- לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד, בו מופיע סרטון הדרכה, או אפשר לפנות למחלקת הייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי בטלפון: 02-6463400.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

מידע מאחות מרפאה/מעובדת סוציאלית

- אם רצונך לצרף, נוסף לתדפיס מידע רפואי, מידע מאחות מרפאה או עובדת סוציאלית על האחות או עו"ס – למלא את נספח א'.

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 לבצע הערכה זו רופא מומחה בגריאטריה "במסגרת עבודתו במוסד רפואי ציבורי שבעלות 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 בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז.

אם בחרת להיבדק ע"י רופא מומחה בגריאטריה, על הרופא למלא את נספח ב'.
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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד



תאריך תביעה

תביעה לגמלת סיעוד

1

שם משפחה שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה מין ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה/בציבור

_____ .3	_____ .1
_____ .4	_____ .2

בכתובת מגוריו

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____	טלפון נייד _____ ☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS	טלפון קווי _____
--	--	---------------------

☐ **בבית חולים** (אפשר להגיש תביעה רק כאשר יש מועד מתוכנן לשחרור מבית חולים): _____

שם בית החולים: _____ מחלקה: _____ תאריך שחרור: _____

☐ **בכתובת אחרת**. אצל: _____

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

שם משפחה		שם פרטי	מספר זהות ס"ב

האם בן/בת הזוג הגישה/תביעה לגמלת סיעוד או מקבלת/גמלת סיעוד? ☐ כן ☐ לא

התובע שייך לקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

סניף קופת החולים שבו הוא מטופל

2

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

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מספר הטלפון ימולא רק אם בן משפחה/אפוטרופוס מבקש שההתקשרות תהיה באמצעותו					
טלפון קווי		טלפון נייד			
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS					

3

בן/בת משפחה או אפוטרופוס – לתיאום ביקור לביצוע הערכת תלות

- יש לצרף אישור על מינוי אפוטרופוס
-

שם משפחה		שם פרטי		הקשר לתובע	
טלפון קווי		טלפון נייד			
נא לציין אם מעוניין להיות נוכח בעת הביקור ☐ כן ☐ לא					

4

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 גמלה אחרת בשל מגבלה זו
1					
2					
3					

5

פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה

- סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מהמקורות המפורטים בטבלה.
- צרף אישורים מתאימים בעבור מקורות ההכנסה שציינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי ואישורי רנטה או כל קצבה לניצולי שואה ונרדפי הנאצים)

חבר קיבוץ נא מלא גם חלק זה	הכנסות בן/בת זוג			הכנסות תובע		
	יש	אין	מקור	יש	אין	מקור
נא סמן ☒ בסעיף המתאים ☐ כל ההכנסות מועברות לחשבוני הפרטי ☐ כל ההכנסות מועברות לקופת הקיבוץ	☐	☐	עבודה שכירה	☐	☐	עבודה שכירה
	☐	☐	עבודה עצמאית	☐	☐	עבודה עצמאית
	☐	☐	פנסיה מעבודה	☐	☐	פנסיה מעבודה
	☐	☐	קצבה סוציאלית מחו"ל	☐	☐	קצבה סוציאלית מחו"ל
	☐	☐	שכר דירה	☐	☐	שכר דירה
☐ חלק מההכנסות מועברות לחשבוני הפרטי. נא פרט מאילו מקורות 1. _____ 2. _____	☐	☐	תגמול ממוסד לנכי רדיפות הנאצים, רנטה מחו"ל לניצולי שואה או קצבה סוציאלית בגין עבודה בזמן המלחמה בגטו	☐	☐	תגמול ממוסד לנכי רדיפות הנאצים, רנטה מחו"ל לניצולי שואה או קצבה סוציאלית בגין עבודה בזמן המלחמה בגטו
☐ חלק מההכנסות מועברות לקופת הקיבוץ. נא פרט מאילו מקורות 1. _____ 2. _____	☐	☐	תגמולים אחרים	☐	☐	תגמולים אחרים
	☐	☐	אחר. פרט: _____	☐	☐	אחר. פרט: _____

6

הוצאות קבועות: החזקה במוסד. תשלום דמי מזונות. תשלום שכר דירה

יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי	סכום הוצאה לחודש				התשלום בעבור (ציין שם יחסי קירבה לתובע)	סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)
	_____	_____	_____	_____		
סה"כ הוצאות ל-3 חודשים	_____	_____	_____	_____		החזקה במוסד
						דמי מזונות
						שכר דירה *

* ימלא רק מי שיש לו הכנסה מהשכרת דירה אחרת.

הערה: לתשומת לב בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדיר מוגן - נא להמציא אישור מהדיר המוגן על מרכיב הוצאות הדיר בלבד בתשלום החודשי. סכום הוצאה זו ינוכה מהכנסות שכר הדירה. הסכום שינוכה לא יעלה על שיעור שכר הדירה. הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת האישור.

7

תפקוד בפעולות היום יום

(סמן בכל אחד מהתפקודים את האפשרות המתאימה)

ניידות

- ☐ נייד בכוחות עצמו ☐ נייד בהשגחה או מתהלך לבד עם מכשיר ☐ עזרה חלקית – תמיכה
☐ נדרשת עזרה מלאה ☐ רתוק לכיסא גלגלים או למיטה

תפקוד	עצמאי	זקוק לעזרה	אם זקוק לעזרה, פרט סוג עזרה
הלבשה	☐	☐	
רחצה	☐	☐	
אכילה	☐	☐	
טיפול בהפרשות	☐	☐	

8

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממוסד הביטחון

- ☐ לא מקבל
☐ מקבל

9

מגורים במוסד או בבית אבות – אם התובע גר במוסד (אישור זה ימלא המוסד או בית האבות)

אני מאשר כי מר/גב' _____ ת"ז _____
 נמצא במוסדנו: _____ תאריך כניסה: _____
 כתובת המוסד: _____ מס' טלפון: _____
 המוסד/המחלקה שבה נמצא התובע פועל ברישיון: ☐ משרד העבודה והרווחה ☐ משרד הבריאות ☐ ללא רישיון
 נמצא במחלקה: ☐ סיעודית ☐ לתשושים ☐ לתשושי נפש ☐ אחרת, פרט: _____
 ההתקשרות בין המוסד לקשיש כוללת: ☐ ארוחות ☐ ניקיון ☐ כביסה
 השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים: ☐ בריאות ☐ עבודה ורווחה ☐ ביטחון ☐ סוכנות ☐ אין השתתפות

מוסד בקיבוץ – ימלא גם את הפרטים האלה:

- המוסד מיועד: ☐ לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד ☐ קולט קשישים מבחוץ
 מעמד התובע: ☐ חבר קיבוץ ☐ חבר קיבוץ אחר ☐ אורח בתשלום ☐ אורח לא בתשלום
 מתאריך: _____

אישור המוסד/בית האבות

תאריך: _____ שם מנהל המוסד: _____ חתימת מנהל המוסד x _____

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

1. האם התלית 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 ☐ לא קיבלתי

בסך: _____ מאת: _____ בתאריך: _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה: ☐ בן/בת זוג ☐ הורה ☐ בן/בת ☐ אח/אחות ☐ אחר: _____

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

_____	_____	_____
תאריך	חתימת מקבל התשלום	חתימת/חתימות השותפים לחשבון

12

☐ אני מעוניין בביקורי מתנדב

13

כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוגו/ה הכנסות נוספות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה
-------	----------------	---

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

נספח א'

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד



אין חובה למלא את הטופס – תמלא אחות/עו"ס (קופ"ח /רווחה) בלבד

מידע לצורך החלטה בעניין זכאות לגמלת סיעוד – ימלאו אחות או עו"ס (קופ"ח רווחה) המעוניינים למסור מידע, בדבר תובעי גמלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות

פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					מיקוד

מטפל עיקרי בתובע

שם משפחה	שם פרטי	קירבה	טלפון קווי/נייד

תמלא אחות או עו"ס

א. סמן X ליד התפקוד המתאים	
התמצאות	☐ מתמצא בזמן ובמקום
	☐ הפרעה בזיכרון
	☐ הפרעה בהתמצאות
שיתוף פעולה	☐ משתף פעולה
	☐ משתף פעולה על ידי דרבון
	☐ לא משתף פעולה
תקשורת	☐ מבין ומדבר לעניין
	☐ מבין אך מתקשה בדיבור
	☐ לא ניתן לתקשר

ב. מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם לאלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי/חברתי חריג) פרט:

ג. אפטרופוס:

☐ אין ☐ מונה אפטרופוס ☐ בתהליך מינוי

ד. מקבל (מארגונו של ממלא הטופס) שירותי:

☐ טיפול אישי בבית. סוג: _____

☐ טיפול במרכז טיפולי. סוג: _____

הערות

ה. מצורף בזה (אבחון, דוח, חו"ד וכדומה)

תמלא אחות קופ"ח

א. סמן X ליד התפקוד המתאים	ציין מי עוזר
ניידות	☐ עצמאי
	☐ עצמאי בעל מכשיר
	☐ זקוק לעזרה מלאה
	☐ זקוק לעזרה חלקית
	☐ נפילות
הפרשות, שליטה על סוגרים	☐ שליטה מלאה
	☐ שליטה חלקית
	☐ אי שליטה
	☐ משתמש במוצרי ספיגה
	☐ פיוס (סטומה)
	☐ קטטר
הלבשה	☐ עצמאי
	☐ זקוק לעזרה חלקית
	☐ זקוק לעזרה מלאה
רחיצה	☐ עצמאי
	☐ זקוק לעזרה חלקית
	☐ זקוק לעזרה מלאה
אכילה	☐ עצמאי
	☐ זקוק לעזרה חלקית
	☐ זקוק לעזרה מלאה
מצב העור	☐ פצע לחץ קשה לריפוי
משקל	☐ ירידה ניכרת במשקל

ב. ביקור במרפאה

☐ מגיע למרפאה בכוחות עצמו
☐ מגיע למרפאה עם מלווה
☐ הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה
 יש לציין תדירות וסיבה: _____

ג. תרופות

☐ לוקח באופן עצמאי ☐ לוקח באופן לא סדיר
☐ זקוק לעזרה: _____

שם מוסר המידע _____ חתימה וחותמת _____



לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך 8

דפים

 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 אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר

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

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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 יום 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.

פרטי המוסד הרפואי :

שם המוסד הרפואי הציבורי _____ טלפון _____

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

מס' זהות / דרכון

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

סוג
המסמך

7

8

דפים

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח

1

קוד גמלה 96	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
שם משפחה	שם פרטי	

חבר בקופת חולים

☐ כללית
 ☐ מאוחדת
 ☐ מכבי
 ☐ לאומית
 ☐ אחר

הצהרת המבוטח או האפוטרופוס (יש לצרף צילום "צו אפוטרופוס)

2

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
מוותר על הסודיות הרפואית שלי:

☐ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותי.

☐ חתימת המבוטח או האפוסטרופוס ✕

נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי למסור מידע רפואי וסוציאלי אודותי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לחברי הועדה המקומית ועובדים הפועלים מטעמם וכן לנותן השירותים שיספק לי את שירותי הסיעוד.

☐ חתימת המבוטח או האפוסטרופוס ✖ _____
נותן בזה את הסכמתי למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח בה אני מבוטח את תוצאות הערכת התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕ _____

מאשר בזה, כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת/מטעמו בהתאם למגבלות האמורות בחוק זכויות החולה. ☐

חתימת המבוטח או האפוטרופוס ✕ _____
אם החותם אינו התובע, יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.