



תאריך ____ / ____ / ____

טופס בקשה לביצוע מבחן הערכת תלות

א. פרטים אישיים של המבקש

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) הזקן(ה):

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 לזקן _____

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 המבקש

| 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 טופס סיכום מידע רפואי ממולא ע"י רופא ומודפס.

מצ"ב סיכום מחלה מאשפוז (במידה והיה במהלך שלושת החודשים האחרונים).

שם ומשפחה _____ תאריך _____ / _____ / _____ חתימה _____