הערכת מצב החולה

לגבי הזכאות לקצבת שירותים מיוחדים
הטופס ימולא על ידי רופא

❑ **פניה ראשונה** ❑ **החמרה**

שם החולה: _____ ת.ז. | | | | | | | | | |

כתובת: _____ טלפון _____

מצבו הגופני של הנבדק (מצב תזונתי, תיאבון, צבע עור, נשימה, משקל וכו'): _____

_____

_____

_____

עוצמת כאבים (סוגי תרופות הרגעה שהחולה משתמש בהן ומינונן): _____

_____

_____

_____

שימוש במכשירים רפואיים (חמצן, מכשיר לשאיבת ליחה וכו'): _____

_____

_____

_____

פעולות יום יום - מתוך הכרותך עם החולה ומצבו התפקודי סמן הסעיפים הבאים:

ניידות _____

❑ עצמאי ❑ זקוק לסיוע מועט ❑ זקוק לסיוע במידה רבה ❑ תלוי לחלוטין

הלבשה _____

❑ עצמאי ❑ זקוק לסיוע מועט ❑ זקוק לסיוע במידה רבה ❑ תלוי לחלוטין

רחצה _____

❑ עצמאי ❑ זקוק לסיוע מועט ❑ זקוק לסיוע במידה רבה ❑ תלוי לחלוטין

אכילה _____

❑ עצמאי ❑ זקוק לסיוע מועט ❑ זקוק לסיוע במידה רבה ❑ תלוי לחלוטין

19990