

הערכה תפקודית – הפניקס חברה לביטוח בע"מ

| ← פרטי המבוטח | | | |
|--------------------------------------|------------------|---|--|
| <input type="radio"/> ת.ז. אחר _____ | | | |
| אומת | .ת.ז. | שם פרטי | שם משפחה |
| שפה מדוברת | | מצב משפחתי | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה |
| | | <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן _____ ילדים | מין |
| טלפון נוסף | טלפון בבית | כתובת (רחוב) | |
| | | <input type="radio"/> גר/ה לבד <input type="radio"/> גר/ה עם בן זוג <input type="radio"/> גר/ה עם מטפלת צמודה אחר: _____ | |
| טלפון | קירבה איש קשר | שם מלא | מגורים |

| ← פרטי הערכה | | | |
|---|--------|----------|-------------------|
| <input type="radio"/> בבית המבוטח <input type="radio"/> מוסד- שם המוסד: _____ | | | |
| מקום ביצוע הערכה | עד שעה | החל משעה | תאריך ביצוע הערכה |
| נכחו בראיון מלבד המבוטח | | | |
| המסמכים הרפואיים שעמדו לרשותי | | | |

| ← אשפוזים ב- 6 חודשים האחרונים | | |
|---|---------------|-------------|
| תאריך | שם בית החולים | סיבת האשפוז |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| האם יש עזרה של מטפלת פרט: _____ (חוק סיעוד, עובד זר) | | |

| ← אבחנות רפואיות | | |
|------------------|--------|--------------|
| מתאריך | בעברית | אחנה בלועזית |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| הערות: | | |

| ← טיפול תרופתי: רשימת תרופות בשימוש | | |
|-------------------------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

← טיפולים - רשימת טיפולים מיוחדים - רשימת טיפולים מיוחדים (זריקות חמצן, פיזיותרפיה, וכו')

| הטיפול | תאריך סיום משוער |
|--------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

← בדיקה נירולוגית

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

← מצב קוגניטיבי

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

← מצב רגשי

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

← תיאור הסביבה וסדר היום של המבוטח

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| לקום ולשכב | | | | |
|--------------|----------|----------|-----------|-------------------------------|
| תיאור הפעולה | | | | |
| עזרה מלאה | עזרה רבה | עזרה קלה | עצמאי | קימה משכיבה לישיבה |
| | | | | קימה מכיסא (מישיבה לעמידה) |
| | | | | הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים |
| | | | ADL _____ | מסקנה |

| ניידות | | | | |
|--------------|----------|----------|-----------|---|
| תיאור הפעולה | | | | |
| עזרה מלאה | עזרה רבה | עזרה קלה | עצמאי | יכולת לנוע בבית, ללא עזרת הזולת |
| | | | | יכולת לנוע בבית תוך שימוש באביזרים מכנים או מוטורים |
| | | | | הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים . |
| | | | ADL _____ | מסקנה |

| להתלבש ולהתפשט | | | | |
|----------------|----------|----------|-----------|--|
| תיאור הפעולה | | | | |
| עזרה מלאה | עזרה רבה | עזרה קלה | עצמאי | פלג גוף עליון |
| | | | | פלג גוף תחתון |
| | | | | הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים (חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית) |
| | | | ADL _____ | מסקנה |

| להתרחץ | | | | |
|--------------|----------|----------|-----------|---|
| תיאור הפעולה | | | | |
| עזרה מלאה | עזרה רבה | עזרה קלה | עצמאי | פלג גוף עליון |
| | | | | פלג גוף תחתון |
| | | | | הערות/ שימוש באביזרים כולל כניסה ויציאה ממתקן הרחצה . |
| | | | ADL _____ | מסקנה |

| לאכול ולשתות | | | | |
|--------------|----------|----------|-----------|--------------------------------|
| תיאור הפעולה | | | | |
| עזרה מלאה | עזרה רבה | עזרה קלה | עצמאי | שתייה |
| | | | | אכילה |
| | | | | הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים. |
| | | | ADL _____ | מסקנה |

| לשלוט על סוגרים | | | | |
|-----------------|----------|----------|-----------|---|
| תיאור הפעולה | | | | |
| עזרה מלאה | עזרה רבה | עזרה קלה | עצמאי | שתן |
| | | | | צואה |
| | | | | הערות/ מגבלות/ שימוש באביזרים -סטומה או בקטר, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגניים למיניהם/קיום אבחנה תומכת ע"י רופא מומחה בתחום |
| | | | ADL _____ | מסקנה |

| | |
|-----------|-------|
| ADL _____ | סיכום |
|-----------|-------|

| ← סיכום הערכה תפקודית | |
|-----------------------|------------|
| ADL | פעולה |
| | לקום ולשכב |
| | ניידות |
| | הלבשה |
| | רחצה |
| | אכילה |
| | הפרשות |
| | סה"כ |

| ← בוצע ע"י | | | | |
|-------------|------|-------|---------|----------|
| מספר רישיון | תואר | השכלה | שם פרטי | שם משפחה |
| | | | | |