

המוסד לביטוח לאומי
ביטוח סיעוד
תביעה לגמלת סיעוד

חשוב לקרוא את ההנחיות להלן על מנת לבחון ולהחליט אם יש מקום להגיש תביעה לגימלת סיעוד. מנסינונו הדבר עשוי למנוע מכם טירדה מיותרת.

גמלת סיעוד ניתנת אך ורק למי שתלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום יום כמו: לבישה, אכילה, רחצה, ניידות בתוך הבית, שליטה בהפרשות, או הזקוק להשגחה. תנאי נוסף הוא שהמבוטח הגיע לגיל הפרישה (טבלה מעבר לדף). מי שזכאי לגימלה מקבל שירותי סיעוד. הגימלה אינה ניתנת בכסף. במקרה של מגבלה בעלת אופי זמני הזכאות ניתנת לתקופה זמנית.

קביעת זכאות

- לשם קביעת הזכאות נבדקים אישורים שונים (ראה הנחיות לתובע).
- נערכת בדיקה של התפקוד על ידי מעריך/ה מקצועי שיבקר לשם כך בביתכם, תוך כשבועיים, מיום הגשת התביעה.
- המעריך יראיין את הזקן ובני ביתו במקום מגוריו ויבקש הדגמה של פעולות היום יום.
- הזכאות נקבעת על סמך כל הנתונים שהצטברו (כולל הערכת המעריך).
- פרק הזמן המקסימלי עד סיום תהליך הטיפול בתביעה כ- 60 יום.

הנחיות לתובע:

- הנך נדרש לצרף לטופס התביעה את האישורים הבאים:
 1. אישור מרופא: הרופא המטפל ימלא את התעודה הרפואית בסוף הטופס.
 2. אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות: יש לצרף אישורים על הכנסה ל- שלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה חודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה (אין צורך לצרף אישורים על קיצבאות ביטוח לאומי). הכנסות שיכולות להשפיע על קביעת הגימלה.
 3. אישור מבית אבות / מוסד: אם את/ה גר/ה בבית אבות או מוסד, על המוסד / בית האבות למלא אישור בעמוד 4.
- על מנת למנוע עיכוב בטיפול בתביעה: עליך להקפיד לחתום בסעיף 13, 14. אם הוגשה תביעה במהלך ששת החודשים שקדמו לתביעה זו, יש למלא סעיפים 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 14, סעיפים אחרים יש למלא רק כאשר חל שינוי בנתונים.

לפני מילוי התביעה

אנא הפרד את דפי טופס המידע הרפואי המיועד למילוי על ידי הרופא (עמוד 7 על העתקיו). לאחר מילוי הטופס על ידי הרופא אנא הצמד אותו מחדש לטופס התביעה.

יש להעביר את הטופס (אפשרי גם בדואר) ליחידת הסיעוד בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

לצורך קבלת הסבר וסיוע במילוי טופס התביעה, ניתן לפנות למחלקת הייעוץ לקשיש בסניפי המוסד לביטוח לאומי.

טבלת גיל פרישה

גיל פרישה לגבר	
גיל הזכאות (בשנים)	חודש הלידה
65	עד יוני 1939
65 ו-4 חודשים	יולי ואוגוסט 1939
65 ו-8 חודשים	ספטמבר 1939 עד אפריל 1940
66	מאי עד דצמבר 1940
66 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1941
66 ו-8 חודשים	ספטמבר 1941 עד אפריל 1942
67	מאי 1942 ואילך

גיל פרישה לאשה	
גיל הזכאות (בשנים)	חודש הלידה
60	עד יוני 1944
60 ו-4 חודשים	יולי ואוגוסט 1944
60 ו-8 חודשים	ספטמבר 1944 עד אפריל 1945
61	מאי עד דצמבר 1945
61 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1946
61 ו-8 חודשים	ספטמבר 1946 עד אפריל 1947
62	מאי 1947 עד דצמבר 1949
62 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1950
62 ו-8 חודשים	ספטמבר 1950 עד אפריל 1951
63	מאי עד דצמבר 1951
63 ו-4 חודשים	ינואר עד אוגוסט 1952
63 ו-8 חודשים	ספטמבר 1952 עד אפריל 1953
64	מאי 1953 ואילך

4. האנשים הגרים עם התובע

ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	יחס קירבה	שנת לידה	צייו אם קיימת הגבלה בתפקוד ואם מקבל גמלת סעוד / שירותים מיוחדים או אחרת בשל מגבלה זו
1					
2					
3					
4					

5. פרטי הכנסות בשלושה חודשים רצופים מתוך ארבעה שקדמו לתאריך הגשת התביעה.
 - צרף אישורים מתאימים עבור מקורות ההכנסה שצינת (פרט לקצבאות ביטוח לאומי).
 - סמן ✓ בטור המתאים, אם יש הכנסה וכן גם אם אין הכנסה, מאחד מהמקורות המפורטים בטבלה.

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מקור	הכנסות תובע		הכנסות בן/בת		הכנסות התובע לחודש (רשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)		הכנסות בן/בת הזוג לחודש (רשום את החודש ואת ההכנסה המתאימה)	
	יש הכנסות	אין הכנסות	יש הכנסות	אין הכנסות				
קצבת זקנה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
קצבאות ביטוח לאומי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
עבודה שכירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
פנסיה מעבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
רנטה מחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
תגמולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
שכר דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
אחר פרט _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

6. הוצאות קבועות: החזקה במוסד, לתשלום דמי מזונות, שכר דירה במקרה של שכירת דירה חלופית

(יש לצרף אישורים לשלושה חודשים מתוך ארבעת החודשים שקדמו לחודש הגשת התביעה). לשימוש המוסד לביטוח לאומי

סוג ההוצאה (ציין את הסוג המתאים)	סכום הוצאה לחודש				התשלום עבור (ציין שם ויחס קירבה לתובע)	סה"כ הוצאות ל- 3 חודשים
החזקה במוסד/ דמי מזונות/ שכר דירה						

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מבחן הכנסות בתקופה הקובעת - רשום חודש אמצעי _____

סה"כ הכנסות	סה"כ הוצאות	סה"כ הכנסות בניכוי הוצאות	סה"כ הכנסות ל- 3 חודשים	נפשות למבחן
				התובע
				בן/בת זוג

7. תפקוד בפעולות היום יום

1. ניידות

נייד בכוחות עצמו נייד בהשגחה ו/או מתהלך לבד עם מכשיר עזרה חלקית-תמיכה
 נדרשת עזרה מלאה רתוק לכיסא גלגלים או למיטה.

2. 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
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"/>	

8. קבלת תשלום או שירותים עבור טיפול אישי ו/או עזרת בית מהגורמים הבאים (סמן את המתאים)

לא מקבל
 מקבל מהמוסד לביטוח לאומי: שירותים מיוחדים עזרה בבית או עזרת הזולת בפעולות איבה
 גמלת נכות מעבודה (סעיף 112)
 מקבל עזרה בבית או עזרת הזולת ממוסד הביטחון.

9. מגורים במוסד / בית אבות אם התובע גר במוסד (אישור זה ימולא ע"י המוסד / בית אבות)

הריני לאשר כי מר/גב' _____ ת.ז. _____ נמצא במוסדנו
 שם המוסד _____ תאריך כניסה _____
 כתובת המוסד / בית אבות _____ טלפון _____
 המוסד / המחלקה בה נמצא הזקן פועל ברשיון: משרד העבודה והרווחה משרד הבריאות ללא רשיון
 נמצא במחלקה: סיעודית לתשושים לתשושי נפש אחרת, פרט: _____
 ההתקשרות בין המוסד לזקן כוללת: ארוחות נקיון כביסה
 השתתפות בדמי החזקה על ידי גוף ציבורי מהמשרדים: בריאות עבודה ורווחה ביטחון סוכנות
 אין השתתפות
 מוסד בקיבוץ - ימלא בנוסף את הפרטים הבאים:
 המוסד מיועד: לחברי הקיבוץ ובני משפחותיהם בלבד קולט זקנים מבחוץ
 מעמד התובע: חבר קיבוץ חבר קיבוץ אחר אורח בתשלום אורח לא בתשלום
 מתאריך _____
 אישור המוסד / בית אבות _____
 שם מנהל המוסד _____ חתימת מנהל המוסד _____ תאריך _____

10. פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי:

1. האם התלות בזולת נגרמה כתוצאה מתאונה (תאונת דרכים או תאונה אחרת)? לא כן

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/י תביעה לפיצוי נזיקין? לא כן, בתאריך _____
מיהו הנתבע _____ מס' התיק _____

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה _____
שם _____ כתובת _____
טלפון _____ טלפון נייד _____

5. האם קבלת פיצוי נזיקין בגין התאונה? טרם קיבלתי פיצוי
 קבלתי פיצוי בסך _____ מאת _____ בתאריך _____

11. פרטי חשבון הבנק אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

שם הבנק _____ הסניף _____ מספר חשבון _____

החשבון מתנהל ע"ש _____

קירבה לתובע _____

הצהרת בעל החשבון: _____

אם יופקדו לחשבוני על ידי המוסד לביטוח לאומי סכומי כסף, שבחלקם או כולם שולמו בטעות או שלא כדין אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לפי דרישתו סכומים אלה

שם ומשפחה _____ תאריך _____ חתימה _____

12. ויתור סודיות

ויתור סודיות ייחתם על ידי התובע או אפוטרופסו (אם מונה לו כזה).
הויתור מהווה תנאי הכרחי לטיפול בתביעה.

אני _____ הח"מ מספר זהות _____

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

אני _____ הח"מ מספר זהות _____

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

אני מאשר בזה כי ידוע לי שמידע על מחלה מדבקת (אם קיימת) יימסר לנותן השירותים ולמטפלת מטעמו.

תאריך _____ חתימה _____

אם החותם אינו הזקן יש לצרף צילום צו אפוטרופוס.

13. הצהרת התובע

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי כי בהתאם לחוק מי שגרם במרמה או ביודעין לקבלת גמלה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים לא נכונים, דינו קנס או מאסר שנה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעה זו.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי פרט להכנסות שציינתי לעיל אין לי ואו לבן/בת זוגי הכנסות נוספות.

שם ומשפחה _____ תאריך _____ חתימה _____

14. הצהרת מגיש התביעה שאינו התובע

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי כי בהתאם לחוק מי שגרם במרמה או ביודעין לקבלת גמלה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים לא נכונים, דינו קנס או מאסר שנה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעה.

כמו כן, אני מצהיר בזה כי הפרטים לגבי ההכנסות שצויינו לעיל, נמסרו לאחר שבדקתי ווידאתי כי לתובע ואו לבן/בת הזוג אין הכנסות נוספות.

שם משפחה _____ פרטי _____ מספר זהות _____

הקשר לתובע _____ כתובת _____ חתימה _____

טלפון _____ טלפון נייד _____

אישור פקיד התביעות, שם _____ תאריך _____ חתימה _____



מידע מאחות / עו"ס מרפאה: נא לצרף בדף נוסף על פי הצורך.

הקף
בעיגול

שם החולה _____
ת.ז. _____

א.	מערכות	מתאריך	אבחנות עיקריות	קוד	ב. טיפול רפואי נוכחי (כולל תרופתי)
.1	Heart/ Circulation		1. Ischemic Heart Disease	↓	ג. אשפוזים / אירועים בשישה חודשים אחרונים (פרט שני אירועים - המשמעותיים ביותר) <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש (פרוט להלן) 1. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____
			2. S/P Myocardial Infarction		
			3. S/P CABG		
			4. S/P PTCA		
			5. Cardiac Arrhythmia		
			6. Atrial Fibrillation		
			7. Pacemaker		
			8. Congestive Heart Failure		
			9. Peripheral Vascular Disease		
			9. Peripheral Vascular Disease		
.2	Neurological/ Psychiatric		10. Cerebrovascular Disease		2. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____ _____
			11. S/P CVA		
			12. Hemiparesis / Hemiplegia		
			13. Dysphasia / Aphasia		
			14. S/P TIA		
			15. Parkinson's Disease		
			16. Seizure Disorder		
			17. Dementia		
			18. Depression		
			19. Psychiatric illness		
.3	Endocrine		20. Diabetes Mellitus		ד. מצב קוגניטיבי (ציין אפשרות אחת) 1. מתמצא בזמן ובמקום 2. הפרעה קלה בהתמצאות - או הפרעה חולפת 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות 4. דמנציה-עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי 5. אין מידע
			21. Hypothyroidism		
			22. Hyperthyroidism		
.4	Musculoskel		23. Osteoarthritis		ה. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יום יומי <input type="checkbox"/> בשני החודשים האחרונים <input type="checkbox"/> בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים <input type="checkbox"/> אין מידע
			24. Rheumatoid arthritis		
			25. S/p Hip Surgery		
.5	Respiratory		26. Chronic Lung Disease		ו. המגבלה התפקודית עשויה לחלוף תוך חודשיים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אין מידע
			27. Asthma		
			28. Renal Failure (acute or chronic)		
.6	Renal		29. Hemodialysis		ז. האם הזקן סובל ממחלה מדבקת פעילה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____
			30. Peritoneal dialysis		
			31. Provide details		
.7	Oncological		_____		שם הרופא _____ המרפאה / בית חולים _____ טלפון _____ תאריך _____ חתימה וחותמת _____
			32. Anemia		
			33. Malnutrition		
			34. Hypertension		
			35. Infectious Disease		
.8	Other		36. Other (provide details)		

16. מידע לצורך החלטה בזכאות לגמלת סיעוד (אין חובה למלא דף זה)

ימולא על ידי אחות / עו"ס (קופ"ח / רווחה) המעוניינים למסור מידע, לגבי תובעי גימלת סיעוד הנמצאים בטיפולם, על סמך היכרות.

שם הזקן _____ ת.ז. _____ כתובת _____

מטפל עיקרי בזקן: שם: _____ קירבה _____ טל: _____

ימולא על ידי אחות קופ"ח																																		
ציון מי עוזר	סמן ✓ ליד התפקוד המתאים																																	
<p>מצבי התנהגות חריגים ותכיפותם (כגון: נטיה לשוטטות ואיבוד דרך, הוצאה לא מבוקרת של כספים, הצתת אש, התמכרות לסם / אלכוהול, הזנחה עצמית, אספנות כפייתית, מצב משפחתי / חברתי חריג) פרט: _____</p> <p>אפוטרופוס: אין / מונה אפוטרופוס / בתהליך מינוי _____</p> <p>מקבל (מאירגונו של ממלא הטופס) שירותי טיפול אישי בבית או במרכז טיפולי: ציין סוג והקף: _____</p> <p>הערות: _____</p> <p>מצ"ב (אבחון, דו"ח חו"ד וכו') _____</p>	<table border="1"> <tr> <td>ניידות</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי עם מכשיר</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> נפילות</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">הפרשות שליטה על סוגרים</td> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> שליטה חלקית</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> אי שליטה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> פיום (סטומה)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> קטטר</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">הלבשה</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">רחיצה</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">אכילה</td> <td><input type="checkbox"/> עצמאי</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">מצב העור משקל</td> <td><input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל</td> </tr> </table> <p>ביקור במרפאה:</p> <p><input type="checkbox"/> מגיע למרפאה בכוחות עצמו</p> <p><input type="checkbox"/> מגיע למרפאה עם מלווה</p> <p><input type="checkbox"/> הוגדר כמרותק ולא מגיע למרפאה</p> <p>ציין תדירות וסיבה: _____</p> <p>תרופות:</p> <p><input type="checkbox"/> לוקח באופן עצמאי</p> <p><input type="checkbox"/> לוקח באופן לא סדיר</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה: _____</p>	ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי		<input type="checkbox"/> עצמאי עם מכשיר		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית		<input type="checkbox"/> נפילות	הפרשות שליטה על סוגרים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה חלקית	<input type="checkbox"/> אי שליטה	<input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה	<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)		<input type="checkbox"/> קטטר	הלבשה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	רחיצה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	אכילה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	מצב העור משקל	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי	<input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל
	ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי																																
		<input type="checkbox"/> עצמאי עם מכשיר																																
		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה																																
		<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית																																
		<input type="checkbox"/> נפילות																																
	הפרשות שליטה על סוגרים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה																																
		<input type="checkbox"/> שליטה חלקית																																
		<input type="checkbox"/> אי שליטה																																
		<input type="checkbox"/> משתמש במוצרי ספיגה																																
		<input type="checkbox"/> פיום (סטומה)																																
		<input type="checkbox"/> קטטר																																
הלבשה	<input type="checkbox"/> עצמאי																																	
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית																																	
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה																																	
רחיצה	<input type="checkbox"/> עצמאי																																	
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית																																	
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה																																	
אכילה	<input type="checkbox"/> עצמאי																																	
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית																																	
	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה																																	
מצב העור משקל	<input type="checkbox"/> פצע לחץ קשה לריפוי																																	
	<input type="checkbox"/> ירידה ניכרת במשקל																																	
<p>ימולא על ידי אחות / עו"ס</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">סמן ב- ✓ את התפקוד המתאים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">התמצאות</td> <td><input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בזכרון</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">שיתוף פעולה</td> <td><input type="checkbox"/> משתף פעולה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא משתף פעולה</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">תקשורת</td> <td><input type="checkbox"/> מבין ומדבר לענין</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר</td> </tr> </tbody> </table>		סמן ב- ✓ את התפקוד המתאים		התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> הפרעה בזכרון	<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות	שיתוף פעולה	<input type="checkbox"/> משתף פעולה	<input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון	<input type="checkbox"/> לא משתף פעולה	תקשורת	<input type="checkbox"/> מבין ומדבר לענין	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר																			
סמן ב- ✓ את התפקוד המתאים																																		
התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום																																	
	<input type="checkbox"/> הפרעה בזכרון																																	
	<input type="checkbox"/> הפרעה בהתמצאות																																	
שיתוף פעולה	<input type="checkbox"/> משתף פעולה																																	
	<input type="checkbox"/> משתף פעולה על ידי דרבון																																	
	<input type="checkbox"/> לא משתף פעולה																																	
תקשורת	<input type="checkbox"/> מבין ומדבר לענין																																	
	<input type="checkbox"/> מבין אך מתקשה בדיבור																																	
	<input type="checkbox"/> לא ניתן לתקשר																																	

פרטי מוסר המידע: הארגון: _____ תפקיד: _____

שם: _____ טל: _____ חתימה וחותמת _____ תאריך _____