

טופס תביעה בביטוח סיעודי (ימולא ע"י המבוטח או בא כוחו)

נא לשלוח לפקס' 6392398 - 03

מבוטח יקר,

- על מנת לזרז את ההליכים הכרוכים בקביעת הזכאות, נבקשכם להחזיר אלינו, בהקדם האפשרי את הטפסים הבאים:
1. טופס לתביעה סיעודית.
 2. סיכומי אשפוזים מבתי חולים.
 3. שאלון הערכה תפקודי (מצ"ב למילוי ע"י רופא מטפל).

החזר הטפסים מלאים וחתומים כשכל הפרטים הנדרשים, לרבות התאריכים. מילוי ברור ומדויק יאפשר טיפול מהיר בתביעתך. במקרה והתובע אינו במצב המאפשר לו לחתום על מסמכי התביעה, יחתום עליהם האפוטרופוס המורשה ויצרף את האישורים המתאימים.

פרטי מבוטח ראשי

שם משפחה ופרטי					מס' ת.ז.					מ. ילד'					טל' בית					טל' עבודה									
כתובת: עיר										רחוב					מס' בית					מיקוד					פקס				

פרטי מבוטח תובע

שם משפחה ופרטי										מס' ת.ז.									

פרטי קופ"ח

שם הסניף										כתובת:										שם רופא מטפל										טל"									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

פרטי איש הקשר

שם משפחה ופרטי					מס' ת.ז.					מ. ילד'					טל' בית					טל' עבודה									
כתובת: עיר										רחוב					מ. בית					מיקוד					פקס				

מקום הימצאו של המבוטח

<input type="checkbox"/> בבית										<input type="checkbox"/> במוסד										כתובת:										טל'										איש קשר במוסד									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או בתי חולים ו/או מי מטעם ו/או למשרד הביטחון ו/או מוסד הביטוח לאומי ו/או למשטרה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין ו/או לכל מוסד וגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" ו/או למי מטעמה (להלן: "המבטח") את כל הפרטים המצויים בידי "המוסדות" ובאופן שידרוש "המבטח" על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

הנני משחרר בזה את כל "המוסדות" ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל "המוסדות". כתב זה מחייב אותי, את עזבוני, ילדי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

תאריך										שם המבוטח										מס. תעודת זהות										חתימה									
																														X									

שאלון הערכה תפקודי בביטוח סיעודי (למילוי ע"י הרופא המטפל)

רופא/ה נכבד/ה,

נודה על מילוי כל הפרטים המתבקשים בטופס זה, לרבות תאריכים. מילוי הטופס כנדרש יסייע לנו בטיפול מהיר ויעיל בבקשת המבוטח.

פרטי החולה

שם משפחה ופרטי	מס' ת.ז.	ת. לידה

פרטים רפואיים

אבחנות

תאריך	הסבר

אשפוזים

תאריך	שם המוסד	סיבת אשפוז

תרופות

תאריך	סוג תרופה

מצב תפקודי

תאריך	ראייה:	<input type="checkbox"/> תקינה	<input type="checkbox"/> כבד ראייה	<input type="checkbox"/> משקפיים	<input type="checkbox"/> עיוורון
	שמיעה:	<input type="checkbox"/> תקינה	<input type="checkbox"/> כבד שמיעה	<input type="checkbox"/> מרכיב מכשיר	<input type="checkbox"/> חרש
	דיבור:	<input type="checkbox"/> תקין	<input type="checkbox"/> קשיים בדיבור	<input type="checkbox"/> קושי רב	<input type="checkbox"/> לא מדבר
	שיתוק:	<input type="checkbox"/> תפקוד תקין	<input type="checkbox"/> צד ימין	<input type="checkbox"/> צד שמאל	<input type="checkbox"/> פלג תחתון
					<input type="checkbox"/> שיתוק מלא

טיפולים

<input type="checkbox"/> דיאליזה	<input type="checkbox"/> טיפול בפצעי לחץ	<input type="checkbox"/> עירוי נוזלים
<input type="checkbox"/> שימוש בחמצן	<input type="checkbox"/> פיזיותרפיה	<input type="checkbox"/> השגחה
<input type="checkbox"/> אחר		
מתאריך		

פצעי לחץ

<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש, פרט:

התמצאות

<input type="checkbox"/> מתמצא במקום ובזמן	<input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים רחוקות
<input type="checkbox"/> לא מתמצא במקום ובזמן	<input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים קרובות
מתאריך	

מצב רגשי

<input type="checkbox"/> שולט ברגשותיו	<input type="checkbox"/> אינו שולט ברגשותיו		
<input type="checkbox"/> מדוכא	<input type="checkbox"/> לעיתים קרובות	<input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> דיכאון עמוק
<input type="checkbox"/> תוקפן	<input type="checkbox"/> לעיתים קרובות	<input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> באופן קיצוני
תוקפנות:			

הערכה תפקודית

<input type="checkbox"/> אכילה ושתייה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה בהכנה וחימום המזון	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה בהאכלה	<input type="checkbox"/> זונדה	<input type="checkbox"/> הזנה ורידית
<input type="checkbox"/> הלבשה והתפשטות	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה	<input type="checkbox"/> מלבישים אותו	
<input type="checkbox"/> רחיצה וגילוח	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה	<input type="checkbox"/> רוחצים אותו	
<input type="checkbox"/> שכיבה וקימה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> עזרה חלקית	<input type="checkbox"/> עזרה מלאה	<input type="checkbox"/> עזרה מלאה	
<input type="checkbox"/> שליטה על הסוגרים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה בהטלת שתן	<input type="checkbox"/> פנרוז קבועה בלילה	<input type="checkbox"/> שליטה חלקית	<input type="checkbox"/> קטרס קבוע	<input type="checkbox"/> ללא שליטה בפעולת המעיים
<input type="checkbox"/> הליכה	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> הולך בקושי	<input type="checkbox"/> בעזרת מכשיר	<input type="checkbox"/> מרותק למיטה	<input type="checkbox"/> מרותק לכיסא גלגלים

המלצת רופא מטפל

<input type="checkbox"/> סיעוד בבית	<input type="checkbox"/> אשפוז	<input type="checkbox"/> טיפול אחר
פירוט:		

פרטי הרופא המטפל

שם הרופא	כתובת הרופא	טל' נייד
קופ"ח	סניף קופ"ח	טל' בבית
		טל' בעבודה
		X

חתימת הרופא המטפל וחותמת

תאריך