



מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד

תאריך

הנחיות: בטופס זה יש למלא חוות דעת כללית על הנבדק וסביבתו אשר תתבסס על התרשמות הבודק/ת מהנבדק, משפחתו וסביבתו.

1. תיאור התרשמותך מהנבדק, תארי ופרטי את התרשמותך לפי סעיפים כגון: הופעה חיצונית, לבוש, הגיינה, מצב רוח ועוד.

2. תיאור התרשמותך מסביבת הנבדק, תארי ופרטי את התרשמותך לפי סעיפים כגון: צפיפות הדיור, ניקיון הבית, גישה לשירותים ולחדר רחצה, באיזה קומה גר הנבדק והאם יש מעלית? מעברים בבית ועוד.
(הערה: חולה שנמצא במוסד, לציין סוג המחלקה, סיעודי/תשוש נפש ועוד).

3. סיכום:

חתימה

שם האחות



דו"ח סוציאלי למתן שרותים לזקן

מחלקה מומלצת (לסמל X)

<input type="checkbox"/> עצמאים	<input type="checkbox"/> תשושי נפש
<input type="checkbox"/> תשושים	<input type="checkbox"/> שיקום
<input type="checkbox"/> סיעודיים	<input type="checkbox"/> אחר
<input type="checkbox"/> סיעוד מורכב	

דף 1

הגורם המפנה (לסמל X ולפרט)

<input type="checkbox"/> מח. לשירותים חברתיים
<input type="checkbox"/> לשכת הבריאות
<input type="checkbox"/> בית חולים
<input type="checkbox"/> קופת חולים
<input type="checkbox"/> אחר

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מס. זהות	מין	מצב משפחתי
ארץ לידה	שנת לידה	שנת עליה	ניצול שואה	מקצוע
			כן / לא	
קופת חולים	ביטוח משלים	שפות דיבור		
	כן / לא			

מקום מגורים

טלפונים	כתובת		
	רחוב	מספר	עיר
			מיקוד
קומה	מס. מדרגות	מעלית	בעלות הדירה
		כן / לא	<input type="checkbox"/> רכוש הזקן <input type="checkbox"/> שכירות <input type="checkbox"/> בן-משפחה <input type="checkbox"/> חבי ציבורית

המטפל העיקרי

שם משפחה	שם פרטי	קרבה	הגדרה משפטית
			<input type="checkbox"/> מיופה כח <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> אין
כתובת	טלפון (בית)	טלפון (עב')	טלפון (אחר)

בני משפחה הגרים עם המועמד

שם משפחה ושם פרטי	שנת לידה	קרבה	תעסוקה

בני משפחה הגרים לחוד

שם משפחה ושם פרטי	ש. לידה	מצב משפחתי	קרבה	כתובת	טלפון	תעסוקה



דו"ח סוציאלי למתן שרותים לזקן

דף 3

שם המועמד

השירותים בקהילה שהמועמד נעזר בהם

(כולל מימון פרטי, גמלת סיעוד, ארוחות חמות, מועדונים, עזרה בבית וכדי)

סידור מוסדי

סיבה עיקרית לסידור מוסדי

עמדת המועמד לסידור מוסדי

עמדת המשפחה ו/או האפוטרופוס לסידור מוסדי

עדיפות לסידור מוסדי (שם המוסד)

1 2 אחר אין

המשך טיפול

המלצות להמשך טיפול העו"ס במועמד ו/או משפחתו (במסגרת מוסדית או לאחר שחרורו לקהילה)

פרטי העו"ס

שם _____ חתימה _____

טלפון _____ פקס _____

תאריך _____

מקורות מידע (לסמל X ולפרט)

שיחה עם הזקן

שיחה עם בן המשפחה

ביקור בית

אחר _____