

פיצוי סיעודי

מבוטח/ת נכבד/ה,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה על המצאת מסמכים רפואיים ואחרים אותם יש לצרף לטופס התביעה לפי הפירוט שלהלן:

- 1.** סיכומי המחלה מכל האשפוזים, כולל אשפוז ראשון, אשפוזים שיקומיים, אשפוזים סיעודיים.
- 2.** אישורים מפורטים מרופאים מקצועיים מטפלים לגבי האבחנות הרפואיות מהן הנך סובל/ת, הטיפולים והתרופות אותם הנך מקבל/ת ומצבך התפקודי הסיעודי.
- 3.** מבוטח/ת המאובחן/ת כחולה דמנציה/תשישות נפש - יש לצרף אישור רפואי/חוות דעת של רופא מומחה פסיכוגריאטר/נוירוגריאטר.
- 4.** תוצאות בדיקות רפואיות, כולל בדיקות הדמיה.
- 5.** טופס סיעודי תפקודי מן הגורם הרפואי הסיעודי המטפל, בו יש לפרט את כל הפעולות היומיומיות הסיעודיות כולל התייחסות לקריטריונים הסיעודיים: לקום/לשכב, להתלבש/להתפשט, להתרחץ, לאכול/לשתות, שליטה על הסוגרים, ניידות, תשישות נפש.
- 6.** פרוטוקולים מלאים של ועדות רפואיות שעברת (כולל מהמוסד לביטוח לאומי).
- 7.** בעת שהייה במוסד סיעודי/ בית אבות סיעודי, יש לצרף אישור מן המוסד הסיעודי לגבי תאריכי השהייה ובאיזה מחלקה.
- 8.** נבקש לצרף המחאה מקורית אישית מבוטלת או אישור מקורי מהבנק בו מתנהל חשבונך האישי עם פרטי חשבון הבנק.
- 9.** יש למלא את טופס התביעה על כל פרטיו הן ע"י המבוטח/ת והן ע"י הרופא המטפל ולחתום, כולל על טופס ויתור סודיות רפואית המצורף לטופס.
- 10.** במידה והמבוטח אינו קביל לחתימה יש לצרף צו אפוטרופסות ולחתום.
- 11.** ברוב המקרים תתבקש/י להיבדק מטעמנו ע"י גורם רפואי מוסמך.
- 12.** הבדיקה תתואם עמך מראש.

ציין את שמות רופאי המשפחה ורופאים מקצועיים/מומחים שטיפלו בך כיום ובעבר:

שם רופא מטפל	תחום מומחיות	שם קופת חולים	סניף
שם רופא מטפל	תחום מומחיות	שם קופת חולים	סניף
שם רופא מטפל	תחום מומחיות	שם קופת חולים	סניף
שם רופא מטפל	תחום מומחיות	שם קופת חולים	סניף
שם רופא מטפל	תחום מומחיות	שם קופת חולים	סניף
שם רופא מטפל	תחום מומחיות	שם קופת חולים	סניף

באם טופלת/היית במעקב במרפאת זיכרון, נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם המוסד:

אנא ציין שמות בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת:

בית חולים	מחלקה/מרפאה
בית חולים	מחלקה/מרפאה
בית חולים	מחלקה/מרפאה
בית חולים	מחלקה/מרפאה

מוסדות עזר ונותני שירות להם פנית בעבר (מט"ב, ביטוח לאומי, רווחה, מרכז יום, אדם פרטי):

שם	סוג העזרה (טיפול אישי, עזרה בבית וכו')	ימים לשבוע	שעות לשבוע	מועד זכאות ראשונה

*** במידה וקיימת ו/או הייתה קיימת בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, יש לצרף אישורי הזכאות הרלוונטיים.**

נבקשך להודיענו, האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין מצב סיעודי מהגורמים הבאים:

<input type="checkbox"/> ביטוח לאומי - גמלת סיעוד:	אחוז הגמלה:	_____	החל מתאריך:	_____
<input type="checkbox"/> גמלת שירותים מיוחדים:	אחוז הגמלה:	_____	החל מתאריך:	_____
<input type="checkbox"/> קצבת נידות:	אחוז הגמלה:	_____	החל מתאריך:	_____
<input type="checkbox"/> משרד הביטחון:	אחוז הגמלה:	_____	החל מתאריך:	_____
<input type="checkbox"/> האם הנך מעסיק עובד זר/ברשותך אישורים להעסקת עובד זר: <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן				
החל מתאריך: _____ באמצעות חברת: _____				

ביטוחים נוספים

האם הוגשה תביעה או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן	שם החברה	שם התכנית	תחילת ביטוח
האם יש לך ביטוח סיעודי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן	שם החברה	שם התכנית	תחילת ביטוח

מקום הימצאו של המבוטח

<input type="checkbox"/> בית / <input type="checkbox"/> מוסד	שם המוסד	כתובת	טלפון	איש קשר במוסד
--	----------	-------	-------	---------------

הצהרת המבוטח/אפוטרופוס (לפי צו אפוטרופסות)

אני, החתום מטה, מצהיר בזה שכל התשובות דלעיל נכונות ומלאות.

תאריך	שם משפחה ופרטי	מספר זהות	חתימה
-------	----------------	-----------	-------

טופס ויתור על סודיות רפואית

פרטים אישיים

שם המבוטח/ת	תעודת זהות
כתובת	תאריך לידה

אני החתום מטה נותן בזה רשות לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או בה הנני מבוטח בהווה ו/או שאבוטח בה בעתיד וכן לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים ואחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה ו/או לכל מוסד פסיכיאטרי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכונים רפואיים ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או למוסדות סיעודיים ועובדיהם ו/או למוסד לביטוח לאומי וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי חולים אחרים, למסור ל"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") ו/או לבאי כוחה את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בעבר או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ מספר זהות _____ חתימה _____
 (במקרה של חסוי - חתימת אפוטרופוס)

חלק ב' - למילוי ע"י הרופא המקצועי המטפל

רופא/ה נכבד/ה, נודה על מילוי כל הפרטים המתבקשים בטופס זה, לרבות תאריכים. מילוי הטופס נדרש יסייע לנו בטיפול מהיר ויעיל בבקשת המבוטח.

1 פרטי המטופל	
שם משפחה	שם פרטי
תאריך לידה	תעודת זהות
2 פרטים רפואיים	מתאריך
אבחנות	
אשפוזים	שם המוסד סיבת האשפוז
תרופות	
3 הערכה תפקודית (סמן <input checked="" type="checkbox"/>)	
הלבשה והתפשטות	<input type="checkbox"/> עצמאית <input type="checkbox"/> זקוקה לעזרה <input type="checkbox"/> מלבישים אותה
רחיצה וגילוח	<input type="checkbox"/> עצמאית <input type="checkbox"/> זקוקה לעזרה <input type="checkbox"/> רוחצים אותה
שכיבה וקימה	<input type="checkbox"/> עצמאית <input type="checkbox"/> זקוקה לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה
אכילה ושתייה	<input type="checkbox"/> עצמאית <input type="checkbox"/> זקוקה לעזרה בהכנה וחימום המזון <input type="checkbox"/> זקוקה לעזרה בהאכלה <input type="checkbox"/> זונדה <input type="checkbox"/> הזנה ורידית
הליכה	<input type="checkbox"/> עצמאית <input type="checkbox"/> הולך/ת בקושי <input type="checkbox"/> בעזרת מכשיר <input type="checkbox"/> מרותק/ת למיטה <input type="checkbox"/> מרותק/ת לכיסא גלגלים
שליטה על סוגרים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה בפעולות מעיים <input type="checkbox"/> שליטה חלקית <input type="checkbox"/> ללא שליטה פעולת המעיים <input type="checkbox"/> שליטה מלאה בהטלת שתן <input type="checkbox"/> פנרוז קבוע בלילה <input type="checkbox"/> קטטר קבוע
4 מצב תפקודי	
ראיה	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> כבד ראייה <input type="checkbox"/> משקפיים <input type="checkbox"/> עיוורון
שמיעה	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> כבד שמיעה <input type="checkbox"/> נעזר במכשיר <input type="checkbox"/> חרש
דיבור	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> קשיים בדיבור <input type="checkbox"/> בקושי רב <input type="checkbox"/> לא מדבר
שיתוק	<input type="checkbox"/> תפקוד מוטורי תקין <input type="checkbox"/> גוף ימין <input type="checkbox"/> גוף שמאל <input type="checkbox"/> גוף תחתון <input type="checkbox"/> שיתוק מלא
5 טיפולים	
<input type="checkbox"/> דיאליזה <input type="checkbox"/> טיפול בפצע לחץ <input type="checkbox"/> עירוי נוזלים <input type="checkbox"/> שימוש בחמצן <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> השגחה <input type="checkbox"/> אחר	
6 התמצאות	
<input type="checkbox"/> מתמצא במקום ובזמן <input type="checkbox"/> מבלבל לעיתים רחוקות <input type="checkbox"/> לא מתמצא במקום ובזמן <input type="checkbox"/> מבלבל לעיתים רחוקות	
7 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"/> דכאון עמוק	
<input type="checkbox"/> תוקפן <input type="checkbox"/> לעיתים קרובות <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות <input type="checkbox"/> באופן קיצוני	
8 המלצת הרופא המטפל	
<input type="checkbox"/> סיעודי בבית <input type="checkbox"/> אשפוז <input type="checkbox"/> טיפול אחר,	
9 פרטי הרופא המטפל	
שם הרופא/ה	קופ"ח
כתובת הרופא/ה	טלפון בעבודה
תאריך	חתימה וחותמת הרופא/ה

פרטי איש קשר

_____	שם המבוטח/ת
_____	שם פרטי
_____	שם משפחה
_____	טלפון
_____	טלפון נייד
_____	כתובת דואר אלקטרוני
_____	כתובת מלאה
_____	רחוב
_____	מספר בית
_____	שכונה
_____	עיר
_____	מיקוד
_____	מידת הקרבה למבוטח