



בקשת שירות

תאריך: ___/___/___

שם המטופל: _____ מצב משפחתי: _____ ש.פ.י.ד.ה: _____

ת.ז: _____ (לצורך צילום) כתובת: _____

טלפון: _____ שעות: _____

הפונה: _____ קרבה: _____ כתובת: _____

טלפון: (ב) _____ (נניד) _____ (פקס) _____ (צ) _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____ איש קשר: _____

כני משפחה נוספים: _____

מקף: _____ אובה: _____ אבחנות רפואיות: _____

- הליכה: חופשית ומוגבלת / לא הולך
- קיימה: חופשית וצלורה / חלקית וצלורה / מלאה
- ראיה: תקינה / מוגבלת / ציוורון / מלא
- שמיעה: תקינה / מוגבלת / חירשות / מוחלסת
- דיבור: תקינה / מוגבלת / מוגבלת / מוחלסת
- אכילה: עצמאית וצלורה / חלקית וצלורה / מלאה
- רחצה: עצמאית וצלורה / חלקית וצלורה / מלאה
- הלבשה: עצמאית וצלורה / חלקית וצלורה / מלאה
- מצויים: תקינה / חלקית / מוגבלת / מוחלסת
- שכוחית: תקינה / חלקית / מוגבלת / מוחלסת
- צליחות: מלאה / חלקית / מוגבלת / מוחלסת
- מוטיבציה: מלאה / חלקית / מוגבלת / מוחלסת
- תפקוד: עצמאית / חלקית / מוגבלת / מוחלסת
- שיתוף פעולה: מלא / חלקית / מוגבלת / מוחלסת
- מצב צור: תקינה / חלקית / מוגבלת / מוחלסת
- מבנה סוף המטופל: קטן / בינוני / גדול

תמיכה כספית: חוק סיעוד (חברת חוק סיעוד) _____ זכאות _____
שירותים מיוחדים / משרד הביטחון / אחר _____ חבר קופת חולים: _____

טיפול נוכחי: _____
הגדרת צרכים: רחצה / לבשה / אכילה / החתלה / איליווי / השמחה / בישול / ניקיון / תרופות
אחר: _____ צור צור קיים: _____

תיאור כללי של בית ומשפחה: דירה / בית קרקע, מס' חדרים _____
מס' נפשות הארים בבית _____ קיים חדר נפרד עבור המטופל: כן / לא

הצרות וייעוץ (סוג מטפלת, תנאי העסקה, תנאי מארזים): _____

חתימת הפונה: _____