

מנהל רפואה	מנוף	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

נספח מספר 2 בנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות - טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה

המלצה למנוף (לאחר התנסות/לצורך התנסות. נא לציין) טופס מספר 2.5

תאריך ביקור הבית: _____ תאריך: _____
 לשכת בריאות: _____ קופ"ח מבטחת: _____

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה. בכל המלצה לתוספות מיוחדות (חריגות), יש לצרף נימוק מקצועי. בהמלצות עבור מכשירי ניידות לילדים, נדרשות חתימות של שני אנשי מקצוע בעלי הרשאה (פיזיותרפיסט/ית ומרפא/ה בעיסוק).

פרטי הפונה

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	שנת לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	<input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

אבחנה: _____

משקל גוף: _____ גובה: _____ טונוס שריר: _____

שליטת ראש: _____ שליטת גו: _____

שותפים למגורים: _____

מטפל: לא כן אם כן, מספר שעות ביום: _____

תאר כיצד מתנייד היום ואת מידת עצמאותו: _____

תאר כיצד ביצע העברות עד כה: _____

אביזרי עזר קיימים לביצוע העברות: _____

מדוע נדרש השינוי: _____

האם התנסה **בבית** בשימוש במנוף: כן לא השימוש במנוף הודגם בנוכחות הגורם הממליץ: כן לא

תאר: _____

מי מפעיל את המנוף: _____

לא בוצעה התנסו. הבקשה מיועדת לצורך התנסות במנוף

תנאי דיור: האם יש מקום למנוף כן לא פרט: _____

סוג המיטה: _____ מרווח מהרצפה לבסיס המיטה (בס"מ): _____

מידות הערסל: L/S/M תמיכות ראש כן לא ערסל מיוחד: _____

פרטי הממליץ

שם פרטי	שם משפחה	תפקיד	פקס
טלפון	טלפון נוסף	מקום עבודה	מייל

חתימה וחותמת: _____