

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

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

טופס מספר 2.8

המלצה למיטת פאולר הידראולית כולל מנגנון HI-LOW

תאריך ביקור הבית: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
 לשכת בריאות: \_\_\_\_\_ קופ"ח מבטחת: \_\_\_\_\_  
 לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה.

**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

עם מי גר בבית: \_\_\_\_\_  
 מטפל:  לא  כן מספר שעות ביום: \_\_\_\_\_  
 משקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_

אבחנה ומידע כללי: \_\_\_\_\_

**ניידות ומעברים:**

ללא אביזרים  הליכון  כיסא גלגלים ידני  ממונע  אחר \_\_\_\_\_

מעבר ממיטה לכיסא:  עצמאי  עזרה חלקית  אינו עצמאי תאר: \_\_\_\_\_

מעבר מכיסא למיטה:  עצמאי  עזרה חלקית  אינו עצמאי תאר: \_\_\_\_\_

**ניידות במיטה:**

מעבר משכיבה לשיבה:  עצמאי  עזרה חלקית  אינו עצמאי תאר: \_\_\_\_\_

שינויי תנוחה:  עצמאי  עזרה חלקית  אינו עצמאי תאר: \_\_\_\_\_

על איזו מיטה ישן היום: \_\_\_\_\_

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

שם הפונה: \_\_\_\_\_

עיסוק/ אורח חיים: האם רוב היממה במיטה? פרט: \_\_\_\_\_

תנאי מגורים מתאימים:  כן  לא פרט: \_\_\_\_\_

שימוש במנוף:  כן  לא פרט: \_\_\_\_\_

נימוקים להמלצה: \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הערה:

כל מיטה תסופק עם מזרן סטנדרטי בגובה 12 או 15 ס"מ בהתאם למשקל המשתמש.  
המלצות למזרן אויר – חשמלי תעשינה בנפרד – ראה קוים מנחים להמלצה למזרן אויר חשמלי.

**פרטי הממליץ**

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

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_