

|                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| מנהל רפואה                      | היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות |
| נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות | תאריך עדכון: 1 ינואר 2014           |

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

טופס מספר- 2.4

המלצה לרולטור\*\*

(הליכון סטנדרטי – ניתן להסתפק במכתב המלצה)

תאריך ביקור הבית: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
 לשכת בריאות: \_\_\_\_\_ קופ"ח מבטחת: \_\_\_\_\_

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה.  
 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: \_\_\_\_\_

שותפים למגורים: \_\_\_\_\_

מטפל:  לא  כן, מספר שעות ביום: \_\_\_\_\_

היסטוריה ומצב נוכחי: כיצד התנייד עד היום \_\_\_\_\_

פרוט הנימוקים להמלצה (מה קרה כעת) \_\_\_\_\_

מכשירי עזר נוספים: כיסא גלגלים  לא  כן רמת התפקוד: \_\_\_\_\_

האם התנסה בהליכון רגיל?  לא  כן

תאר: \_\_\_\_\_

עיסוק/ אורח חיים: \_\_\_\_\_

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

(\*\* רולטור: הליכון בעל 3 או 4 גלגלים בקוטר מעל 15 ס"מ)

על הגורם הממליץ לפעול בהתאם להנחיות ולנוהל משרד הבריאות. מסמך זה הינו בגדר המלצה בלבד ומותנה באישור סופי של משרד הבריאות.