

# בקשה לסידור מוסדי במוסד סיעודי

## פרטי המטופל

שם פרטי:  שם משפחה:

ת"ז:  תאריך לידה:

שנה      חודש      יום

## כתובת מגורים:

עיר:  רחוב:

מספר בית:  מספר דירה:

מיקוד:  ת"ד:

מיקוד ת"ד:  ישוב ת"ד:

## היכן המטופל שוהה (יש לסמן ב-V את האפשרות הלוונטית)

בבית עם בן/בת זוג או בן משפחה   
  בבית עם מטפל/ת צמוד/ה   
  בבית לבד

במוסד   
  בבית חולים

## \* אם נמצא במוסד, יש למלא את שם המוסד ואת תאריך הכניסה למוסד:

שם מוסד:

תאריך כניסה למוסד:

שנה      חודש      יום

## \* אם מאושפז בבית חולים, יש למלא את שם בית החולים ואת תאריך תחילת האשפוז:

שם בית החולים:

תאריך תחילת האשפוז:

שנה      חודש      יום

**פרטי המטופל:**

שם פרטי:

שם משפחה:

תעודת זהות:

**פרטי הפונה (איש הקשר)**

שם פרטי:

שם משפחה:

קרבה למועמד:

קרבה משפחתית - בן, בן זוג, אפוטרופוס, שכן וכו'

**פרטי התקשרות:**

מספר טלפון:

מספר נייד:

מספר פקס:

כתובת דוא"ל:

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים במייל:  כן  לא

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים ב-SMS:  כן  לא

**כתובת למשלוח דואר:**

עיר:

רחוב:

מספר בית:

מספר דירה:

מיקוד:

ת"ד:

ישוב ת"ד:

מיקוד ת"ד:

**בחתימה זו אני מאשר שכל הפרטים בטופס זה נכונים ומדויקים**

שם פרטי ושם משפחה  חתימה

## פתיחת "בקשה לאשפוז" ותחילת טיפול בה מחייבת המצאת כל המסמכים הבאים:

1. טופס זה מלא וחתום
2. צילום ת"ז של המועמד לאשפוז, כולל ספח של הכתובת
3. טופס מידע רפואי/סיעודי כרוני מהחודש האחרון
4. דו"ח סוציאלי עדכני
5. מכתב סיכום רפואי מהמסגרת ממנה מופנה המועמד (אם מופנה)