טופס ביקור מקבל/ת שירות-רכז טיפול/נכסים

**שם מקבל/ת השירות:**  **מס' תיק:**

**תאריך הביקור:**

**שם רכז/ת הטיפול המבקר:**

**סיבת הביקור:**

**מקום אשפוז / מגורים:**

1**. נוכחים:**

**2. האם מקבל/ת השירות מתגורר/ת לבד: כן / לא**

 **האם מקבל/ת השירות מקבל/ת תמיכה מבני משפחה פרט:**

**3. מראה חיצוני של מקבל/ת השירות (יש להתייחס למצבו/ה החיצוני, לצורך בתספורת, גילוח, גזיזת צפורניים, בדיקת הנעלה והתאמת ביגוד לעונות השנה) :**

**4. מצב בריאותי / נפשי של מקבל/ת (יש להתייחס למצב רוחו/ה של מקבל/ת השירות, לצורת דיבורו/ה, להתרשם מצלילותו/ה, לקבל מידע במידת האפשר האם מקבל/ת השירות מקבל/ת טיפול תרופתי והאם נמצא/ת במעקב רפואי) :**

**5. שינויים במצב בריאותו/ה של מקבל/ת השירות כמדווח על ידי מקבל/ת השירות וכמדווח על ידי המטפל / העובד במוסד:**

**6. מראה הבית / חדר מקבל/ת השירות במוסד, תכולתו והתייחסות לליקויים בולטים:**

**7. מקבל/ת שירות השוהה בקהילה, ייבדק, במידת האפשר, מצב המזון בדירה ובמקרר:**

**8. האם מקבל/ת השירות מועסק/ת בריפוי בעיסוק / בקהילה / במועדונית / אחר פרט:**

**9. שמיעת מקבל/ת השירות: הקשבה לתלונות מקבל/ת השירות / צרכיו/ה / מידע המתקבל ממנו/ה המתייחס אליו/ה / לבני משפחתו/ה.**

**10. שמיעת צרכי מקבל/ת השירות מבני משפחה במידה וישנם:**

**11. התרשמות מהטיפול במקבל/ת השירות במידה ומועסק מטפל/עובד זר/נותן שרות אחר**

**12. הערות / המלצות:**

 **תאריך חתימה**