

יש למלא את השאלון ולהעלותו לאתר או ליישומון מתגייסים טרם הצו הראשון

5-015100

סודי רפואי (לאחר המילוי)

חלק א' (ימולא ע"י המועמד/ת)

נא מלא/י את הפרטים הבאים:

07/01/2019	נ	שמואל	05/03/2002	טל	טאוב	212395180
תאריך התייצבות מתוכנן	מין	שם הורה	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות

הנבי תלמיד כיתה	דואר אלקטרוני (Email)	טלפון נייד	טלפון בבית
י' / י"א / י"ב (הקף את הכיתה הרלוונטית)			

תלמיד כיתה 'י' ימלא חלק ד' בלבד.

נא לענות על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.

מקום האישפוז והמועד	האם אושפז/ת		האם הנך סובל/ת		התופעה
	כן	לא	כן	לא	
					1. חבלה בראש או דעזוע מוח
					2. כאבי ראש חוזרים, התעלפויות, סחרחורות, התכווצויות
					3. הפרעות שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות
					4. נזלת אלרגית, סינוסיטיס, קושי בנשימה דרך האף
					5. הפרעות ראייה, צורך במשקפיים, עיוורון לילה, דלקות עיניים חוזרות
					6. טיפול בלייזר לתיקון קוצר הראייה
					7. הפרעה בלחץ דם, כאבים בחזה, אובדן הכרה, קוצר נשימה במאמץ
					8. מחלת לב, כאבים, דקירות בחזה, שינויים בדופק במנוחה/מאמץ
					9. אסטמה, ציפצופים, קוצר נשימה, מחלת ריאה אחרת
					10. מחלות אנדוקריניות (בעיות הורמונליות כגון: בלוטת התריס, כולסטרול)
					11. כיב, צרבת, כאבי בטן חוזרים, צהבת, מחלת כבד
					12. דלקת מעי, דימומים במערכת העיכול, טחורים
					13. מחלת דם (כגון: חוסר דם, טרומבוציטופניה)
					14. כאבי גב חוזרים, חבלה בגב
					15. כאבים ברגליים, הפרעות בהליכה, בעיות קרסול ונטייה לנזק חוזר
					16. שברים בעצמות, פריקת כתף, מחלות פרקים
					17. מחלות עור, הסרת שומות, טיפול לפצעי בגרות
					18. הזעה בכפות הידיים והרגליים המפריעה בתפקוד
					19. מחלות כליה, הפרעה במתן שתן, הרטבת לילה
					20. לבנים - בעיות באשכים, בקע מפשגתי, כאבים במפשעה
					21. לכנות - הפרעות במחזור החודשי, מחלה גניקולוגית
					22. שחפת, שיעול ממושך או שיעול דמי
					23. מחלה ממארת בעבר/בהווה
					24. האם עברת ניתוח כלשהו או היית מאושפז?
					25. האם הינך נשא/חולה איידס?

האם כן, פרט	כן	לא	התופעה
			26. האם הינך נוטל/ת תרופות באופן קבוע:
			27. האם הינך נמנע/ת מאכילת מזונות עקב רגישות, ואם כן לאיזה מזון ומה היתה התגובה:
			28. האם הינך רגיש/ת לתרופות/עקיצות דבורים/אחר:
			29. האם טופלת או קיבלת יעוץ פסיכולוגי:
			30. הפרעת קשב וריכוז וטיפול בריטלין
			31. האם הינך משתמש/ת בסמים או אלכוהול:
			32. שהייה ממושכת בחו"ל ב-10 השנים האחרונות
			33. האם אי פעם פגעת או פצעת את עצמך באופן מכוון או שניסית להתאבד:

מחלות משפחתיות: האם מישהו במשפחתך הקרובה (הורים, אחים) סובל מאחת המחלות הבאות? (אם כן ציין קרבה)

פירוט	קרבה	האם קיימת		התופעה
		כן	לא	
				34. סכרת
				35. עודף שומנים בדם
				36. יתר לחץ דם
				37. מחלות לב או מוות פתאומי מתחת לגיל 50
				38. מחלות ריאה כרוניות, שחפת
				39. מחלות גנטיות (תורשתיות)
				40. סרטן
				41. אחר (פרט)

במידה וענית כן על אחת מהשאלות אנא צרף מסמך רפואי תומך

(כגון: בדיקת שמיעה, אקו לב, הולטר, תוצאות בירור הדמייתי, חוות דעת רופא מומחה, טסטים לאלרגיה וכו')

הצהרת המועמד/ת:

הנני מצהיר/ת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים וכי לא העלמתי כל מידע רפואי. ידוע לי כי הצהרה לא נכונה עלולה לגרום נזק רפואי. ידוע לי כי הצהרה לא נכונה מהווה עבירה ותגרור העמדתי לדין.

חתימה

שם פרטי

שם משפחה

מס' זהות

תאריך