

פרטי משרד הקישור:

פקס: 08-9772308

נספח ו' – שאלון רפואי להתנדבות לשירות ביטחון

חלק א': שאלון רפואי למועמד/ת לשירות ביטחון

(ימולא ע"י המועמד/ת)

פרטי המועמד/ת:

מס' זהות	מספר אישי	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	שם האב
----------	-----------	----------	---------	------------	--------

האם אתה/סובל/ת או סבלת מאחת התופעות הבאות:
(נא ענה על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך).

התופעה	האם הנך סובל/ת מהתופעה		האם אושפדת בגין תופעה זו		מקום האשפוז ומועד
	כן	לא	כן	לא	
חבלה בראש או זעזוע מוח					
כאבי ראש חוזרים					
התעלפויות, סחרחורות					
התכווצויות					
הפרעות שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות					
בעיות ראייה, צורך במשקפים, עיוורון צבעים					
דלקות עיניים חוזרות					
טיפול בלייזר לתיקון קוצר ראייה					
אלרגיה, רגישות יתר לעקיצות חרקים, תרופות, מזון וחומרים אחרים					
נזלת אלרגית, סינסיטיס, קושי בנשימה דרך האף					
בעיות לחץ דם					
כאבים, דקירות בחזה, מחלות לב, שינויים בדופק					
אסטמה, צפצופים, קוצר נשימה					
מחלות אנדוקריניות					
כיב, צרבת, כאבי בטן חוזרים, צהבת					
דלקת מעי, דימומים במערכת העיכול, טחורים					
כאבי גב חוזרים, חבלה בגב					
כאבים ברגלים, הפרעות בהליכה, בעיות קרסול ונטייה לנזק חוזר					
מחלות פרקים					
פריקת כתף					
שברים בעצמות					
מחלות עור, שומות					
הזעות בכפות הידיים והרגלים המפריעות בתפקוד					
דלקות בדרכי השתן, הפרעה במתן השתן					
לנשים – הפרעות במחזור החודשי					

הערות:

התופעה	כן	לא	אם כן, פרט
האם הינך נוטל/ת תרופות באופן קבוע			
האם הינך רגיש/ה לתרופות			
האם טופלת או קיבלת יעוץ פסיכולוגי			
האם הינך משתמש/ת בסמים או אלכוהול			

חלק ב': שאלון רפואי למועמד/ת לשירות ביטחון

(ימולא ע"י המועמד/ת)

פרטי המועמד/ת:

מס' זהות	מספר אישי	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	שם האב
----------	-----------	----------	---------	------------	--------

מתוך היכרותי את המועמד/ת ומחירשומים בתיק/ה הרפואי, המועמד/ת סובל/ת או סבל/ת מהתופעות הבאות:

התופעה	האם הנך סובל/ת מהתופעה		האם אושפזת בגין תופעה זו		מקום האשפוז ומועד
	כן	לא	כן	לא	
מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)					
מחלות אנדוקריניות					
מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)					
מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר					
מחלות אף, אוזן, גרון					
בעיות נשימה (כולל אסטמה)					
מחלות לב, מומי לב					
יתר לחץ דם					
מחלות דרכי העיכול והכבד					
מחלות פרקים					
הפרעות בשלד (כולל שברים בעצמות)					
ממאירות					
הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי					
סמים ואלכוהול					
מחלות תורשתיות					

התופעה	כן	לא	אם כן, פרט
האם בטיפול תרופתי קבוע			
האם קיימת רגישות לתרופות			
האם קיימת רגישות למזון/עקיצות			
האם עברה/ה בדיקות מיוחדות			
האם נמצאת/ת במעקב מרפאתי קבוע			
האם עברה/ה ניתוחים			
לחץ דם:			
דופק:			

- הערה: א. נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.
 ב. באם סובל/ת מיתר לחץ דם נא לצרף מעקב של 10 מדידות ליד אחרונות.
 ג. באם עברה/ה ביופסיות – נא לצרף תוצאות תשובות הסטולוגיות.

הצהרת הרופא:

אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידיעתי, וכי לא העלמתי מידע רפואי.

תאריך שם פרטי מס' הרישיון חתימה חותמת

מחלות משפחתיות:
 אם מישחו במשפחתך הקרובה (הורים, אחים) סובל מאחת המחלות הבאות:
 (אם כן ציין הקרבה)

פירוט	קירבה	כן	לא
סכרת			
עודף שומנים בדם			
יתר לחץ דם			
מחלות לב			
מחלות ריאה כרוניות			
מחלות גנטיות (תורשתיות)			
סרטן			
אחר (פרט)			

הערה: במידת וציננת כי הינך סובל/ת ממחלה כלשהי נבקשך לצרף מסמכים רפואיים המעידים על כך (כגון: בדיקת שמיעה, אקו לב, ארגומטריה, תוצאות בירור רנטגן, M.R.I, C.T, ובדיקת מעבדה).

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 לי נזק רפואי.
 ידוע לי כי הצהרה לא נכונה מהווה עבירה ותגרור העמדותי לדין.

תאריך	מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	חתימה
-------	----------	----------	---------	-------

חלק ג': כתב ויתור על סודיות רפואית

(ימולא ע"י המועמד/ת)

אני החתום מטה מוותר על סודיות רפואית של חומר
הטיפול שלי (כולל בריאות הנפש) המצוי ברשות תא מתנדבים
שבענף תכנון כ"א מילואים ומאשר בזאת העברת סכום מחלה אל
ומגורמי רפואה צבאיים והגורמים המטפלים בענייני.

מספר אישי	תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי
-----------	------------	----------	---------

חתימה

תאריך