

נספח ו' – שאלון רפואי להתנדבות לשירות ביטחון

חלק א': שאלון רפואי למועמד/ת לשירות ביטחון

(ימולא ע"י המועמד/ת)

פרטי המועמד/ת:

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

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

מקום האשפוז ומועד	האם אושפזת בגין תופעה זו		האם הנך סובל/ת מהתופעה		התופעה
	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, סינוסיטיס, קושי בנשימה דרך האף
					בעיות לחץ דם
					כאבים, דקירות בחזה, מחלות לב, שינויים בדופק
					אסטמה, צפופים, 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 לנקע חוזר
					מחלות פרקים
					פריקת כתף
					שברים בעצמות
					מחלות עור, שומות
					הזעות בכפות הידיים והרגלים המפריעות בתפקוד
					דלקות בדרכי השתן, הפרעה במתן השתן, הרטבת לילה
					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			

מחלות משפחתיות:

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

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

הערה : במידת וצינינת 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/ה 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 העמדתי לדין.

תאריך מס' זהות שם משפחה שם פרטי חתימה

חלק ב': שאלון רפואי למועמד/ת לשירות ביטחון

(ימולא ע"י המועמד/ת)

פרטי המועמד/ת:

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

מתוך היכרותי את המועמד/ת ומהרישומים בתיק/ה הרפואי, המועמד/ת סובלת/ת או סבלה/ה מהתופעות הבאות:

מקום האשפוז ומועד	האם אושפזת בגין תופעה זו		האם הנך סובלת/ת מהתופעה		התופעה
	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 נמצא/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 סובלת/ת מיתר לחץ דם נא לצרף מעקב של 10 מדידות ל"ד 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' הרישון
חתימה
חותמת

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

