

שאלון רפואי (ימולא ע"י רופא המשפחה)

פרטי המועמד/ת:

מס' זהות שם משפחה שם פרטי תאריך לידה שם האב מין קופת חולים

רופא יקר, לתשומת ליבך! מסירת מידע רפואי בלתי שלם או מדויק עלולה לסכן את בריאותו של המטופל ושל האוכלוסייה בה הוא מטפל בשירות הלאומי (ילדים, נוער, קשישים, חולים בבתי חולים וכיוב')

מקום האשפוז והמועד	האם אושפזה בגין תופעה זו (*)		האם סובלת/מהתופעה (*)		התופעה
	כן	לא	כן	לא	
					1. מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)
					2. מחלות אנדוקריניות
					3. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)
					4. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר
					5. מחלות אף, אוזן, גרון
					6. בעיות נשימה (כולל אסטמה)
					7. מחלות לב, מומי לב, יתר לחץ דם
					8. מחלות כליה ודרכי השתן
					9. מחלות דרכי העיכול והכבד
					10. מחלות פרקים, הפרעות שלד (כולל שברים בעצמות)
					11. מחלות עור
					12. מחלות ממאירות
					13. טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטרי

התופעה	לא (*)	כן (*)	אם כן, פרט
1. האם בטיפול תרופתי קבוע			
2. האם קיימת רגישות לתרופות			
3. האם קיימת רגישות למוזון/עקיצות			
4. האם עברה/בדיקות מיוחדות			
5. האם נמצאת/במעקב מרפאתי קבוע			
6. האם עברה/ניתוחים			

*נא ענה/י על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.

דיווח על מחלות נוספות: _____

הערות: _____

*במידת האפשר נא צרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכומי מחלה מאושפז או ממעקב קבוע בבית.

הצהרת הרופא:

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

חותמת

חתימה

שם הרופא

תאריך