

שאלון בריאות

פרטים אישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	גיל	תאריך רישום	הופנה ע"י
רחוב ומס' בית		ישוב	מיקוד	טלפון בבית	טלפון סלולארי	דוא"ל
קופת חולים	גובה	משקל	משקל יעד	מספר ערכה		

כן	לא	פרט כל בעיה/מחלה שענית עליה בחיוב
		האם עברת אשפוז רפואי בעבר ?
		האם את/ה אלרגית למזון או תרופות כלשהן ?
		האם הנך נוטלת תרופות /גלולות כלשהן ?
		האם היו לך מחלות רציניות
		האם עברת טיפול רפואי אצל רופא כללי בשנתיים האחרונות בשל בעיה רצינית ?
		האם עברת טיפול פסיכיאטרי ?
		האם את בהיריון ?
		האם הנך סובלת/ממחלות לב ?
		האם הנך סובלת/מאנמיה ?
		האם הנך סובל מסוכרת ?
		האם הנך סובל מכיב קיבה ?

ככל שלא סימנתי באחת התשובות כן, הנני מצהיר שאין לי בעיה /מחלה כלשהי מבין המפורטות לעיל והתשובה לכל השאלות הינה "לא",

פעילות גופנית _____

הערות _____

הנני מצהיר/ה כי תשובותיי לכל השאלות הכלולות בהצהרה זו מלאות וכי לא העלמתי כל מידע הנוגע לשאלות אלו. כמו כן, הנני מצהיר/ה בזה כי כל המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני החופשי ובהסכמתי.

חתימה _____

שם הזכין/משווק: _____