

שאלון רפואי

(ימולא ע"י רופא המשפחה)

פרטי המועמד/ת:

מס' זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ תאריך לידה _____ שם האב _____ מין _____
נ / ז _____

רופא יקר, לתשומת לבך! 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 אושפז/ה בגין תופעה זו (*)		האם סובל/ת 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. מחלו 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. מחלת ממאירות
					13. טיפל פסיכולוגי/פסיכיאטרי
					14. שחפת

אם כן, פרט	התופעה		
	כן (*)	לא (*)	
			1. האם בטיפול תרופתי קבוע
			2. האם קיימת רגישות לתרופות
			3. האם קיימת רגישות למזון/עקיצות
			4. האם עברה/ה בדיקות מיוחדת
			5. האם נמצאת/ת במעקב מרפאתי קבוע
			6. האם עבה/ ניתוחים
			7. האם ידוע על H.I.V (נשאות / מחלה)

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

* במידת האפשר נא צרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.

הערות: _____

הצהרת הרופא: הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידעתי, וכי לא העלמתי מידע רפואי.

חתימת

חתימה

שם הרופא

תאריך

רח' מנחם בגין 16 רמת גן • מיקוד 5270003 • טל: 03-6129202

www.shlomit.org.il • info@shlomit.org.il