הבית שלך לשירות לאומי אזרחי
שלומית

שאלון רפואי למועמד/ת

(ימולא ע"י המועמד/ת)

מועמד/ת יקר/ה. נבקשך למלא את השאלון הרפואי בצורה מדוייקת ושלמה,
מידע רפואי זה יאפשר לנו להתאים לך את מקום השירות הנכון והראוי ביותר.

האם את/ה סובל/ת מאחת התופעות הבאות:

התופעה	האם הנך סובל/ת מהתופעה (*)		האם אושפזת בגין תופעה זו (*)		מקום האשפוז והמועד
	לא	כן	לא	כן	
1. כאבי ראש חוזרים, התעלפויות, סחרחורות, התכווצויות.					
2. הפרעות שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות.					
3. בעיות בלחץ דם, איבוד הכרה במאמץ.					
4. מחלת לב, כאבים, דקירות בחזה,שינויים בדופק במנוחה/ מאמץ.					
5. אסטמה, ציפצופים, קוצר נשימה, מחלת ריאה אחרת.					
6. מחלות אנדוקריניות (בעיות הורמונליות)					
7. כיב, צרבת, כאבי בטן חוזרים, צהבת, מחלת כבד.					
8. דלקת מעי, דימומים במערכת העיכול, טחורים.					
9. מחלת דם (כגון-אנמיה, טרומבוציטופניה).					
10. כאבי גב חוזרים, חבלה בגב.					
11. כאבים ברגליים, הפרעות בהליכה, בעיות קרסול ונטייה לנקע חוזר.					
12. מחלות פרקים.					
13. שברים בעצמות, פריקת כתף.					
14. מחלות עור, שומות.					
15. הזעה בכפות הידיים והרגליים המפריעה בתפקוד.					
16. אלרגיה, רגישות יתר לעקיצת חרקים,תרופות וחומרים אחרים.					
17. מחלות כליה,					
18. לבנות-הפרעות במחזור החודשי, מחלה גניקולוגית.					
19. שחפת, שיעול ממושך או שיעול דמי.					
20. מחלה ממארת בעבר/בהווה.					
21. האם עברת ניתוח כלשהו.					
22. האם הינך נשא/חולה איידס/צהבת.					

התופעה	לא (*)	כן (*)	אם כן, פרט
23. האם הינך נוטל/ת תרופות באופן קבוע.			
24. האם הינך רגיש/ה לתרופות..			
25. האם טופלת או קיבלת יעוץ פסיכולוגי/פסיכיאטרי.			
26. האם הינך סובל/ת מתופעה אחרת שלא הוזכרה לעיל.			

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

במידה וציינת כי הינך סובל/ת ממחלה כלשהיא, נבקשך לצרף מסמכים רפואיים המעידים על כך.

הצהרת המועמד/ת: הנני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים וכי לא העלמתי כל מידע רפואי.

ידוע לי, ואני מסכים/ה לכך שהרשות בידי הממונה על השירות הלאומי לדרוש ממני לפי שיקול דעתו כל בדיקה רפואית שתידרש ואבצעה בהקדם לפי דרישה וכן אציג כל מסמך רפואי שידרש ממני.

חתימתי על טופס זה מהווה הסכמה על ויתור סודיות רפואית ומתן הרשאה לשלומית לפנות לגורמים הרפואיים המטפלים בי.

ידוע לי כי אם תתבררנה במהלך השירות רגישויות שהיו ידועות לי או אמורות להיות ידועות לי ולא דיווחתי עליהן לפני תחילת השירות תהיה בידי שלומית הרשות להפסיק את שירותי בעמותה.

_____	_____	_____	_____	_____
תאריך	**מס' זהות**	**שם משפחה**	**שם פרטי**	**חתימה**