

## שאלון פרטים אישיים ומצב בריאותי למתרפא/ה

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_  
רחוב: \_\_\_\_\_ מספר בית: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_ הופנה ע"י: \_\_\_\_\_  
מס' טלפון בית: \_\_\_\_\_ מס' נייד: \_\_\_\_\_ מס' טלפון עבודה: \_\_\_\_\_  
כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_  
רופא משפחה: \_\_\_\_\_ מס' טלפון רופא: \_\_\_\_\_

נא הקף בעיגול את האפשרות הנכונה ופרט את הסיבה במידה והתשובה חיובית:

1. האם קיימת בעיה לבבית: ( כן / לא ) פרט: \_\_\_\_\_
2. האם קיימת בעיה במערכת הנשימה: ( כן / לא ) פרט: \_\_\_\_\_
3. לחץ דם חריג: ( גבוה / נמוך )
4. האם סובלת/מאסטמה: ( כן / לא )
5. האם סובלת/מסכרת: ( כן / לא )
6. האם קיימת בעיה בבלוטת התריס(תירוואיד): ( כן / לא )
7. האם סבלת/ סובלת/ מדלקת מפרקים / בעיות במפרקים: ( כן / לא )
8. האם סובלת/מאפילפסיה או אובדן הכרה: ( כן / לא )
9. האם סובלת/מבעיות בכבד: ( כן / לא )
10. האם סובלת/מבעיות בכליות: ( כן / לא )
11. האם סובלת/מבעיות במערכת העיכול: ( כן / לא )
12. האם קיימת הפרעה בקרישת הדם: ( כן / לא )
13. האם קיבלת אי פעם עירוי דם: ( כן / לא )
14. האם חלית בצהבת וירלית ( B / C ): ( כן / לא )
15. איידס/נשא HIV/ מחלת מין: ( כן / לא )
16. האם את/ה בטיפול פסיכיאטרי: ( כן / לא )
17. אלרגיה לתרופות ( כן / לא ) פרט מהן: \_\_\_\_\_
18. נוטלת/תרופות בקביעות ( כן / לא ) פרט מהן: \_\_\_\_\_
19. האם נחשפת בעבר לאלחוש מקומי: ( כן / לא )
20. האם אושפזת בשנתיים האחרונות: ( כן / לא ) פרט מדוע: \_\_\_\_\_
21. לנשים- בהריון: ( כן / לא )

הריני מאשר/ת כי הנאמר לעיל נכון ומתחייב/ת להודיע לרופא המטפל על כל שינוי במצב הבריאותי ו/או על שינוי בתרופות אותן אני נוטלת/ת בקביעות.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המתרפא/ה (אפוטרופוס/הורה) \_\_\_\_\_