

הצהרת בריאות

השאלון הוא סודי בהחלט ומשמש את צוות הקורס/חוג/קליניקה בלבד.

הוראות: אנא ענה/י על השאלון ע"י סימון ✓ במקום המתאים בלבד.
במידה וענית תשובה חיובית, אנא פרטי/י ככל הניתן במקום המיועד לכך.

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ שנת לידה: _____

ת.ז.: _____ טלפון: _____ מין: ז / נ

דוא"ל: _____ מצב משפחתי: _____

איך הגעת אליי: המלצת חבר / פייסבוק / גוגל / _____

#	השאלה	כן	לא
1.	האם הנך נוטל/ת תרופות באופן קבוע (פרטי/י שם התרופה ומטרתה):		
2.	האם יש לך מגבלות פיסיות ?		
3.	האם הנך מקבל/ת טיפול רפואי בהווה ? (מערבי / משלים / אחר) ?		
4.	האם הנך סובל/ת, או סבלת בשנתיים האחרונות מבעיות גב ?		
5.	האם הנך מעשן/ת ? (פרטי/י כמויות)		
6.	האם היו לך תאונות כתוצאה מפעילות ספורטיבית/אחרת ?		

#	כן	לא	האם היה לך / יש לך כעת	#	כן	לא	האם היה לך / יש לך כעת
1.			בעיות גב	14.			מחלות פרקים
2.			התכווצויות שרירים	15.			דלקת לימפה
3.			בעיות אוזניים/שמיעה	16.			איידס
4.			מחלות עיניים/ראייה	17.			שיתוק
5.			הפרעות עיכול	18.			בעיות סינוסים
6.			כאבי ראש / מיגרנות	19.			סרטן
7.			סכרת	20.			בעיות שינה
8.			קצרת (אסטמה)	21.			בעיות בבטן
9.			דלקת ריאות	22.			מחלות כליות
10.			מחלות לב וכלי דם	23.			מחלות עור
11.			לחץ דם גבוה	24.			התעלפויות
12.			דיכאון / חרדות	25.			כאב כרוני
13.			משקפיים/עדשות מגע				

• פירוט לגבי תשובות חיוביות וכל מחלה, בעיה רפואית, ניתוחים, שברים וכדומה שאינם מופיעים בשאלון:

תאריך: _____ חתימה: _____

שים/י לב: אנא הודיע/י לנו על כל שינוי במצב בריאותך. כל עדכון בריאות יתבצע בכתב בלבד.