

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: _____ תאריך לידה: _____

ת.ז.: _____ טלפון: _____ מין: ז / נ

דוא"ל: _____ מצב משפחתי: _____

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

#	כן	לא	השאלה
1.			האם הנך נוטל/ת תרופות באופן קבוע (פרטי/י שם התרופה ומטרתה):
2.			האם יש לך מגבלות פיזיות?
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
1.			בעיות גב
2.			התכווצויות שרירים
3.			בעיות אוזניים/שמיעה
4.			מחלות עיניים/ראייה
5.			הפרעות עיכול
6.			כאבי ראש / מיגרנות
7.			סכרת
8.			קצרת (אסטמה)
9.			דלקת ריאות
10.			מחלות לב וכלי דם
11.			לחץ דם גבוה
12.			דיכאון / חרדות
13.			משקפיים/עדשות מגע

#	כן	לא	האם היה לך / יש לך כעת
14.			מחלות פרקים
15.			דלקת לימפה
16.			איידס
17.			שיתוק
18.			בעיות סינוסים
19.			סרטן
20.			בעיות שינה
21.			בעיות בבטן
22.			מחלות כליות
23.			מחלות עור
24.			התעלפויות
25.			כאב כרוני

• פירוט לגבי תשובות חיוביות וכל מחלה, בעיה נפשית, 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.