

שאלון עבר רפואי למועמדים חדשים

מספר תעודה מזהה		סוג תעודה	תאריך מילוי
		סוג תעודה	תאריך
שם משפחה	שם פרטי	מין	גיל
		☐ זכר ☐ נקבה	

1. מצב בריאותי:

האם את/ה סובלת/מן התחומים שלהלן ?

במנוחה	במאמץ	
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	1. חולשה ועייפות
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	2. סחרחורת
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	3. קוצר נשימה
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	4. כאבים בחזה
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	5. כאבי ראש
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	6. כאבי גב
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	7. כאבי מפרקים
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	8. אחר: _____

2. כיצד תגדיר/י את מצבך הבריאותי הכללי כיום? טוב מאוד

3. עבר רפואי:

סמן/סמני X אם הינך בריא/ה! מלא/י את הפרטים אם הנך סובלת/או סבלת מהמחלות שלהלן:

שם המחלה	בריא	סובל או סבלתי בעבר	באיזו שנה
1. איבוד הכרה		האבחנה המדויקת	הטיפול שקיבלת
2. יתר לחץ דם			
3. שומנים בדם (טריגליצרידים, כולסטרול)			
4. סכרת			
5. מחלת לב			
6. הפרעות בדרכי הנשימה			
7. אלרגיה			
8. הפרעות בדרכי העיכול			
9. הפרעות בכליה ובדרכי השתן			
10. בקע מפשעתי (שבר)			
11. מחלות מפרקים			
12. כאבי גב			
13. שיתוק ילדים			
14. נכות			
15. אפילפסיה (מחלת הנפילה)			
16. מגרנות			

שם המחלה	בריא	סובל או סבלתי בעבר		באיזו שנה
		האבחנה המדויקת	הטיפול שקיבלת	
17. צהבת				
18. מחלה ממארת				
19. מחלות עור				
20. מחלות זיהומיות				
21. אשפוז				
22. ניתוח				
23. אוושה/רשרוש				
24. בעיות לב במשפחה				
25. פגיעת ראש				
26. אחר ציין שם:				

4. שברים:

1. לא

2. כן, מיקום: _____ בשנת: _____

מיקום: _____ בשנת: _____

5. פגיעות אחרות (חבלות, תאונות, נקעים, כוויות וכו):

3. לא

4. כן, פרט/י: _____

פרט/י: _____

פרט/י: _____

6. צריכת תרופות באופן קבוע?

5. לא.

6. כן, שם התרופה: _____ המינון: _____

שם התרופה: _____ המינון: _____

שם התרופה: _____ המינון: _____

7. רגישות לתרופות?

7. לא.

8. כן, רגישות ל: _____

8. עישון סיגריות:

9. האם את/ה מעשן/נת? כן / לא

10. העם עישנת בעבר? כן / לא

11. מתי הפסקת לעשן? _____

9. חיסונים:

12. מתי חוסנת לאחרונה נגד טטנוס? בשנת: _____

13. האם חוסנת נגד הפיטיסיס B (צהבת)? כן _____ בשנת: _____ לא _____

14. חיסון אחר: _____ בשנת: _____

10. פרט/י האם סבלת מבעיות בריאות אחרות שהגבילו אותך בעבר:

11. אם לא גויסת לצה"ל מסיבות רפואיות או אם שוחררת מצה"ל עקב

סיבות רפואיות, אנא

פרט/י: _____

12. מידע ביטוחי:

ידוע לי כי פוליסת תאונות אישיות הקיימת במכללה אינה מכסה כל נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תוקף ביטוח זה. פוליסה זו אינה מכסה כל החמרה בנכות או באי כושר עבודה שהיו קיימים לפני תחילת תוקף ביטוח זה בגין תאונה או מחלה הנובעת במישרין ו/או בעקיפין ממחלה או נכות שהיו קיימים לפני אותה תאונה או מחלה.

אני מצהיר/ה בזאת שהפרטים והמידע שמסרתי הם נכונים ומתחייב/ת להודיע בכתב למכללה על כל שינוי במצב בריאותי.

חתימת המועמד: _____