

## הצהרת בריאות - פנסיה כללית

פרטים אישיים				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון*	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה
שם רופא מטפל	קופת חולים	גובה בס"מ	משקל בק"ג	עיסוק/מקצוע
האם את/ה עוסקת/בפעילות ספורטיבית או תחביב ספורט אתגרי? פרטי/				

שאלון למלא / הערות	שאלה	מס'	לא	כן
יש לפרט סוג מוצרי טבק כמות ותדירות	<b>עישון:</b> עישון כיום? <input type="checkbox"/> כן/ <input type="checkbox"/> לא, מתי הופסק: _____ סוג ותדירות: <input type="checkbox"/> סיגריות __ ביום, <input type="checkbox"/> מקטרת __ ביום, <input type="checkbox"/> סיגר __ ביום, <input type="checkbox"/> סיגריות אלקטרוניות __ ביום, <input type="checkbox"/> נרגילה __ ביום, <input type="checkbox"/> אחר __, __ ביום.	1		
שאלון אלכוהול	<b>אלכוהול:</b> צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר משלוש כוסות ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר. האם עברת גמילה? <input type="checkbox"/> כן/ <input type="checkbox"/> לא	2		
שאלון סמים	<b>סמים:</b> צריכת סמים בהווה/ בעבר.	3		
שאלון מומים נכות ותאונות	<b>נכות, אחוזי נכות, ומום מולד:</b> האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? אם כן-פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות. האם הנך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי/ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?	4		
פירוט, תאריך, אבחון ומעקב	<b>בדיקות אבחנתיות:</b> האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע צנתור, בדיקה אבחנתית כגון: ביופסיה, דם סמוי, מיפוי לב, אקו-לב, CT, MRI (אם כן, פרטי את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע)	5		
שאלון אישפוזים	<b>אישפוזים:</b> האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית כלשהי?	6		
פירוט וסיכומי הניתוחים	<b>ניתוחים:</b> האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	7		
פירוט ומסמכים רפואיים	<b>תרופות:</b> האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלות כרוניות?	8		
<b>האם אובחנת/ מטופלת או טופלת/ התאשפזת / נותחת או כיום תחת בירור רפואי (כולל המתנה לתוצאות בדיקות) בכל הקשור למצבים הרפואיים/ מחלות/ הפרעות הרשומות מטה:</b>				
שאלון מערכת העצבים	מערכת העצבים והמוח לרבות שיתוקים, טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה פרקינסון ופוליו.	1		
שאלון לב וכלי דם שאלון לחץ דם	לב, כלי דם, אירוע מוחי (כולל אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי)	2		
שאלון מחלה נפשית	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	3		
שאלון מחלות דם וקרישה	מחלות ובעיות דם ובעיות קרישה	4		
שאלון סוכרת שאלון שומנים בדם שאלון בלוטת המגן	סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/כולסטרול/טריגליצרידים בדם, מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה (אדרנל)	5		
שאלון גידולים, דוחות ופתולוגיה	גידולים כולל פוליפים ושפירים, סרטן ומחלות ממאירות	6		
שאלון מערכת העיכול	מערכת העיכול, המעיים לרבות קרוהן וקוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	7		
שאלון צהבת וכבד	מחלת כבד, מחלת צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	8		

שאלון כליות/דרכי שתן	מחלות והפרעות כליות ודרכי שתן	9		
שאלון דרכי נשימה/ אסטמה	מחלות והפרעות ריאות/דרכי הנשימה ואלרגיות	10		
יש לצרף מסמך רפואי שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור שאלון FMF	מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית FMF	11		
שאלון גב ועמוד שדרה שאלון בעיות מפרקים שאלון אוסטאופורוזיס	בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדית כולל גב/עמוד שדרה ומפרקים אחרים וירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס)	12		
שאלון עיניים שאלון אף/אוזן/גרון	בעיות הקשורות לעיניים (כולל מספר העדשות - רק למקרים מעל מספר 8)? בעיות הקשורות לאף/אוזן/גרון וחלל הפה	13		
שאלון בעיות עור	מחלות עור ואלרגיה	14		
שאלון מחלות זיהומיות מחלות מין ואיידס	מחלות זיהומיות מחלות אוטואימוניות ואיידס/נשא HIV, מחלות מין	15		
שאלון נשים	<b>לנשים:</b> בעיות גניקולוגיות ושדיים. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע	16		
שאלון בעיות ערמונית ואשכים	<b>לגברים:</b> מחלות והפרעות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים.	17		

מס'	שאלון קורונה
1	האם הנך ממתין לתוצאת בדיקת קורונה או שניתנה לך הפניה לבדיקת קורונה אשר טרם בוצעה? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא פרט _____
2	האם אתה נמצא כרגע בבידוד על פי הנחיות משרד הבריאות? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא 2.1 אם ענית כן - מתי הבידוד צפוי להסתיים - תאריך _____? 2.2 האם יש לך סימפטומים כלשהם? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
3	האם חלית בקורונה? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא 3.1 קורונה חיובית ללא אשפוז - האם עדיין בבידוד? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא 3.2 האם החלמת <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא, ומתי? אנא פרט _____ 3.3 במידה ותקופת הבידוד הסתיימה האם החלמת לחלוטין מהמחלה? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא 3.4 האם יש לך תופעות לוואי, השלכות והפרעות רפואיות ותפקודיות כלשהן <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא, פרט _____ 3.5 האם אושפזת? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא 3.6 במידה ואושפזת - מתי? תאריך _____ 3.7 לגבי כל החולים (ללא אשפוז ועם אשפוז) - האם החלמת לחלוטין מהמחלה וחזרת לתפקוד יומי מלא, ללא סימנים (סימפטומים), תופעות לוואי השלכות והפרעות רפואיות ותפקודיות כלשהן ומתי? _____ 3.8 האם אתה עדיין תחת מעקב רפואי ו/או ברור רפואי? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
*בכל מקרה של אשפוז יש להעביר דוחות האשפוז והשחרור, דוח עדכני מרופא מטפל ותוצאות בדיקות שנערכו לאחר מכן. במקרה של סימנים, השלכות וסיבוכים רפואיים יש להעביר דוח עדכני מרופא מטפל ותוצאות בדיקות וברורים שנעשו.	

חתימה

תאריך

שם