



רישום וקבלה

טלפון: 098639252
פקס: 098639377

שאלון עבר רפואי למועמדים חדשים

תאריך: _____ שם ושם משפחה: _____ גיל: _____
מין: ז / נ מצב משפחתי: _____ ת.ז: _____

1. מצב בריאותי:

האם את/ה סובלת/ת מן התחומים שלהלן? (הקף בעיגול את התשובה המתאימה)

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

2. כיצד תגדיר/י את מצבך הבריאותי הכללי כיום? (נא להקיף את התשובה המתאימה)

טוב מאוד טוב לא כל-כך טוב רע רע מאוד

3. עבר רפואי:

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

שם המחלה	בריא	סובלת/ת או סבלתי בעבר		באיזו שנה
		האבחנה המדויקת	הטיפול שקיבלת	
1. איבוד הכרה				
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				
17. צהבת				
18. מחלה ממארת				
19. מחלות עור				
20. מחלות זיהומיות				
21. אשפוז				

				22.	ניתוח
				23.	איוושה/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'):

1. לא

2. כן, פרטי: _____
 פרטי: _____
 פרטי: _____

6. צריכת תרופות באופן קבוע?

1. לא

2. כן, שם התרופה: _____ המינון: _____
 שם התרופה: _____ המינון: _____
 שם התרופה: _____ המינון: _____

7. רגישות לתרופות?

1. לא

2. כן, רגישות ל: _____

8. עישון סיגריות:

1. האם את/ה מעשן/נת? כן / לא

2. העם עישנת בעבר? כן / לא

3. מתי הפסקת לעשן?

9. חיסונים:

1. מתי חוסנת לאחרונה נגד טטנוס? בשנת: _____

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

3. 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: _____