

שאלון רפואי למועמד/ת

פרטי המועמדות:

מס זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
תאריך לידה _____ שם האב _____ מין _____.

רופא יקר, לתשומת ליבך! מסירת מידע רפואי בלתי שלם או מדויק עלולה לסכן את בריאותו של המטופל ושל האוכלוסייה בה הוא מטפל בשירות הלאומי.

האם אושפזה בגין תופעה זו(*)		האם סובלות מהתופעה(*)		התופעה
כן	לא	כן	לא	
				1. מחלות נירולוגיות (כולל אפילפסיה)
				2. מחלות אנדוקריניות
				3. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)
				4. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר
				5. מחלות אף, אוזן, גרון
				6. בעיות נשימה (כולל אסטמה)
				7. מחלות לב, מומי לב, יתר לחץ דם
				8. מחלות כליה ודרכי השתן
				9. מחלות דרכי העיכול והכבד
				10. מחלות פרקים, הפרעות שלד (כולל שברים בעצמות)
				11. מחלות עור
				12. מחלות ממאירות
				13. טיפול פסיכולוגי פסיכיאטרי
				14. שחפת

התופעה	לא (*)	כן (*)	אם כן, פרט
1. האם בטיפול תרופתי קבוע			
2. האם קיימת רגישות לתרופות			
3. רגישות למזון/עקיצות			
4. האם עברה בדיקות מיוחדות			
5. נמצאות במעקב מרפאתי קבוע			
6. האם עברה ניתוחים			
7. האם ידוע על H.i.v (נשאות/מחלה)			

• נא ענה/י על השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך. במידת האפשר נא צרף מכתב רפואי מפורט יותר.

החלטת הרופא: המועמד כשיר / לא כשיר (הקף בעיגול את הסעיף הרלוונטי) לש. לאומי.

הגבלות/המלצות/הערות: _____

הצהרת הרופא:

הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידיעתי, וכי לא העלמתי מידע רפואי.

_____ תאריך
_____ שם הרופא
_____ חתימה
_____ חותמת