

(ימולא ע"י רופא המשפחה)

רופא יקר, לתשומת לבך! מסירת מידע רפואי בלתי שלם או מדויק עלולה להוביל לשיבוץ לא תואם ולסכן את בריאותו של המטופל!

מקום האישוף והמועד	האם אושפז בגין תופעה זו		האם סובל מהתופעה		התופעה
	כן	לא	כן	לא	
					01. מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)
					02. מחלות אנדוקריניות
					03. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)
					04. מחלות עיניים, עוררון לילה, טיפול בלייזר
					05. מחלות אף, אוזן, גרון
					06. בעיות נשימה (כולל אסטמה)
					07. מחלות לב, מומי לב, יתר לחץ דם
					08. מחלות כליה ודרכי השתן
					09. מחלות דרכי העיכול והכבד
					10. מחלות פרקים, הפרעות שלד (כולל שברים בעצמות)
					11. מחלות עור
					12. הפרעות נפשיות
					13. טיפול פסיכולוגי
					14. סמים ואלכוהול
					15. מחלות תורשתיות
					16. שחפת

התופעה	כן	לא	אם כן, פרט
17. האם בטיפול תרופתי קבוע			
18. האם קיימת רגישות לתרופות			
19. האם קיימת רגישות למזון / עקיצות			
20. האם עבר בדיקות מיוחדות			
21. האם נמצא במעקב מרפאתי קבוע			
22. האם עבר ניתוחים			
23. האם ידוע על H.I.V (נשיאות / מחלה)			
24. לחץ דם: _____ דופק: _____ משקל(ק"ג): _____ גובה (ס"מ): _____			

נא ענה על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך
הערות:

במקרה של מחלה נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח
באם סובל מיתר לחץ דם נא לצרף מעקב של 10 מדידות ליד שנמדדו בקופ"ח במשך חודשיים
באם עבר ביופסיות ו/או הוצאת שומות, נא לצרף תוצאות תשובות הסטולוגיות

הערות:

שם המתנדב: _____

הצהרת הרופא:				
הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידיעתי, וכי לא העלמתי מידע רפואי				
תאריך	קופ"ח - סניף	טל' קופ"ח	שם הרופא	מס' רישיון
				חתימה