

פרטי המעומד/ת:

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

רופא יקר, לתשומת ליבך! מסירת מידע רפואי בלתי שלם או מדויק עלול לסכן את בריאותו של המטופל ושל האוכלוסייה בה הוא מטפל בשירות לאומי (ילדים, נוער, קשישים, חולים בבתי חולים וכיוב'). **נא ענה/י על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.**

מקום האשפוז והמועד	האם אושפז/ה בגין תופעה זו (*)		האם סובל/ת 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. האם קיימת רגישות למזון/עקיצות			
4. האם עברה/ה בדיקות מיוחדות			
5. האם נמצאה/ה במעקב מרפאתי קבוע			
6. האם עברה/ה ניתוחים			
7. האם ידוע על H.I.V (נשאות/מחלה)			

במידת האפשר, נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח. הערות:

הצהרת רופא:

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

שם הרופא _____ חתימה _____ חותמת _____ תאריך _____

הנני מצהיר, כי הנ"ל כשיר/ה לשרת בשירות לאומי.

שם הרופא _____ חתימה _____ חותמת _____ תאריך _____



שאלון רפואי למועמד/ת לשירות לאומי (ימולא ע"י המועמד/ת)

מועמד/ת יקר/ה, נבקשך למלא את השאלון הרפואי בצורה מדויקת ושלמה, מידע רפואי זה יאפשר לנו להתאים לך את מקום השירות הנכון והראוי ביותר.

האם עברת בעבר ניתוחים/ אשפוזים? פרטי: _____

האם יש לך מגבלה רפואית שעלולה להשפיע על תפקודך? פרטי: _____

האם את/ה נוטלת תרופות או תכשירים רפואיים? פרטי: _____

האם הייתה לך התנסות עם אלכוהול / סמים קלים/ קשים? פרטי: _____

האם היית מטופל/ת ע"י יועץ בית הספר?

כן / לא

האם היית מטופל/ת ע"י פסיכולוג?

כן / לא

האם היית מטופל/ת ע"י פסיכיאטר?

כן / לא

האם את/ה מקבלת תרופות כעת או קיבלת בעבר?

כן / לא

האם אושפזת בעבר במוסד פסיכיאטרי?

כן / לא

אם כן, פרטי: _____

אם כן, מתי? _____

מצב בריאותי : תקין / לא תקין . פרטי: _____

במידה וישנו אבחון או בעיה רפואית כלשהי, אנא פרטי את השלכותיה על התפקוד היומיומי: _____

הצהרת המתנדבת:

הנני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים וכי לא העלמתי כל מידע רפואי. ידוע לי, ואני מסכימה/ה לכך שהרשות בידי הממונה על השירות הלאומי לדרוש ממני לפי שיקול דעתו בדיקה רפואית שתידרש ואבצעה בהקדם לפי דרישה וכן אציג כל מסמך רפואי שיידרש ממני. חתימתי על טופס זה מהווה הסכמה על ויתור סודיות רפואית ומתן הרשאה לעמותה לפנות לגורמים הרפואיים המטפלים בי.

תאריך

מס' זהות

שם פרטי

שם משפחה

חתימה