

## שאלון 13 - מחלות ובעיות נפשיות

שם המועמד:		מספר זהות:	שם הסוכן:
לא	כן	שאלה	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם הנך מאובחן/נת כעת ו/או אובחנת בעבר בנוגע להפרעה/בעיה או כל מצב נפשי?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם היו לך תסמינים ו/או נדרשת לטיפול ו/או האם הנך בירור כעת או עברת בירור עבור אחד או יותר מהמצבים הבאים: אם <b>כן</b> , סמן את כל המצבים הרלוונטיים, ניתן לסמן מספר מצבים או אבחנות:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> חרדה	<input type="checkbox"/> דיכאון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> פוסט טראומה PTSD	<input type="checkbox"/> הפרעת חרדה מופשטת (GAD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> הפרעה דו קוטבית (מאניה דיפרסיה/ ביפולרית)	<input type="checkbox"/> הפרעה טורדנית כפייתית (OCD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> פחד ממקומות (אגרופוביה)	<input type="checkbox"/> שחיקה מהעבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> לחץ	<input type="checkbox"/> הפרעת דחק
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מצבי רוח	<input type="checkbox"/> דיכאון מג'ורי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> אחר-יש לפרט מטה	<input type="checkbox"/> אחר-יש לפרט מטה
פירוט: _____			
לא	כן	שאלה	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות כתוצאה מהמצבים הנ"ל או על רקע נפשי אחר? במידה <b>וכן</b> , כמה פעמים אושפזת? _____, מתי היה אשפוז אחרון? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם נעדרת מהעבודה בגין המצב/ים שצינת בסעיפים מעלה ב-12 חודשים האחרונים? במידה <b>וכן</b> , כמה ימים נעדרת במצטבר ב-12 החודשים האחרונים? _____, מתי חזרת לעבודה בצורה מלאה? _____	
5. האם הנך משתמש/ת כעת או ב-10 השנים האחרונות באחד או יותר מהבאים (סמן את כל הרלוונטיים): <input type="checkbox"/> סמים <input type="checkbox"/> אלכוהול <input type="checkbox"/> קנאביס רפואי עם רישיון <input type="checkbox"/> קנאביס רפואי ללא רישיון במידה <b>וכן</b> , נא פרט/י את סוג הסם או האלכוהול _____ נא פרט/י את תדירות השימוש _____, כמות _____ נא פרט/י מתי השתמשת פעם אחרונה _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם היה ניסיון אובדני בעברך? במידה <b>וכן</b> , כמה ניסיונות אובדניים היו? _____, מתי היה הניסיון האובדני האחרון? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם עדיין קיימים תסמינים או מוגבלויות כתוצאה מהמצב הנפשי? במידה <b>וכן</b> , נא פרט/י תסמינים ומוגבלויות _____ במידה <b>ולא</b> , נא ציין/ני מתי היו תסמינים או מוגבלויות בפעם האחרונה _____	
8. מה מספר שעות העבודה השבועיות שלך כיום? _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם את/ה נמצא/ת או היית בטיפול של אחד מהבאים במידה <b>וכן</b> , סמן/י את כל הטיפולים הרלוונטיים: <input type="checkbox"/> טיפול תרופתי <input type="checkbox"/> טיפול פסיכולוגי <input type="checkbox"/> טיפול פסיכיאטר <input type="checkbox"/> טיפולים אלטרנטיביים/רפואה משלימה/טיפול התנהגותי	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. במידה <b>וכן</b> , האם הנך עדיין בטיפול? נא לציין את שם התרופה: _____ במידה <b>ולא</b> , מתי סיימת את הטיפול? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם היו שינויים במסגרת הטיפול (ראה פירוט טיפולים בסעיף 9) בשלושת החודשים האחרונים? אם <b>כן</b> , נא לפרט: _____	

\* הנני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים. ידוע לי כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד / מבטוח \_\_\_\_\_ מס' ת. זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ X

אני, סוכן/סוכנת הביטוח: \_\_\_\_\_, מצהיר בזאת כי בתאריך: \_\_\_\_\_ בשעה: \_\_\_\_\_ שאלתי את המועמד לביטוח/המבטוח את כל השאלות המפורטות בשאלון לאחר שהבהרתי לו כי השאלון הינו חלק בלתי נפרד ממסמכי ההצעה ואלו הן תשובותיו.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן/סוכנת הביטוח \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ X



**\*3453**