

**הצהרת בריאות לתינוק עד גיל שנה למילוי על ידי ההורים בלבד**

פרטי המבוטח		
שם משפחה:	שם פרטי:	שם האב:
מספר תעודת זהות / דרכון	מין: ☐ נקבה ☐ זכר	שם האם:
שם רופא מטפל:		קופת חולים:

מס'	שאלה	מבוטח		פירוט
		כן	לא	
1	באיזה שבוע נולד התינוק? האם שהה בפגייה או היה תחת פיקוח רפואי כלשהו לאחר הלידה? אם כן איזה מאיזה סיבה ולכמה זמן?	☐	☐	
2	האם בוצעו בדיקות או הומלץ על ידי רופא לבצע בדיקות מיוחדות על רקע תוצאות בדיקות הסקר השגרתיות או בשל היסטוריה משפחתית?	☐	☐	
3	האם במהלך ההיריון בוצעו כל בדיקות סקר היריון כמומלץ על ידי משרד הבריאות והאם נמצאו ממצאים לא תקינים באחת או יותר מן הבדיקות?	☐	☐	
4	האם נתגלו במהלך הלידה או לאחר מכן מומים או חשד למומים, כגון: שיתוק ע"ש ארב (Erb's Palsy), טורטיקוליס (צוואר מסובב), קלאב פוט (רגל קלובה), הפרעות ירכיים, חך שסוע או אשך טמיר.	☐	☐	
5	האם במהלך הלידה והשהייה בבית החולים התגלו ממצאים היכולים להורות על בעיה רפואית או ליקוי בריאותי?	☐	☐	
6	האם הומלץ בעת השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים? אם כן באיזה תחום ומאיזו סיבה?	☐	☐	
7	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרובי התינוק (אב/אם/אחים/אחיות) אובחנו או ידוע על המחלות הבאות: קרדיומיופתיה, כליות פוליציסטיות, ניוון שרירים, ציסטיק פיברוזיס, קדחת ים תיכונית, או מחלה תורשתית אחרת?	☐	☐	
8	האם הומלץ לילדך על טיפול פיזיותרפיה? אם כן מאיזו סיבה?	☐	☐	
9	האם הומלץ או נמצא ילדך במעקב התפתחותי כלשהו מסיבה רפואית/התנהגותית/אחרת?	☐	☐	
10	האם ילדך טופל או מטופל או הומלץ לילדך על טיפול תרופתי כולל זריקות? אם כן, מאיזו סיבה ואיזה טיפול?	☐	☐	
11	האם ילדך עבר או הומלץ לו לעבור פרוצדורה רפואית לרבות ניתוח, ביופסיה, בדיקות דם או בדיקה פולשנית אחרת?	☐	☐	
12	האם אחד מההורים של התינוק נשא איידס?	☐	☐	
13	מערכת עצבים מרכזית או פריפרית, כולל: מערכות נוירי מוטוריות, שיתוק מוחין, דלקת קרום המוח (מנינגיטיס), חולשת שרירים, אי סימטריות.	☐	☐	
14	תסמונת דאון, פוליו.	☐	☐	
15	בעיות הקשורות לעיניים.	☐	☐	



^dt3020

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 1 מתוך 2

האם אובחנה אצל ילדך מחלה, ליקוי, מום, הפרעה רפואית או חשד לבעיה הקשורים באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:

מס'	שאלה	מבטח		פירוט
		כן	לא	
16	בעיות הקשורות לאף/אוזן/גרונ וחלל הפה.	☐	☐	
17	ריאות ודרכי נשימה, כגון: ציסטיק פיברוזיס, אלרגיות, זיהומים בדרכי נשימה או דלקות בדרכי נשימה והריאות.	☐	☐	
18	בעיות או מומים הקשורים ללב ולמסתמים, כגון: רשורש בלב, מסתמים, מבנה הלב, חור במחיצה העלייתית, חור במחיצה החדרית והפרעות במיקום חדרי הלב, העורקים והורידים של הלב, קרדיומיופטיה.	☐	☐	
19	מערכת העיכול: כולל, ושט, קיבה, מעיים (כגון דלקת מעי נמקית, חסימות), כבד (כולל צהבת ילודים), כיס מרה, לבלב, סוגרים ופי הטבעת.	☐	☐	
20	מחלות והפרעות הקשורות בכליות ו/או דרכי שתן.	☐	☐	
21	בקע טבורי או מפשעת!	☐	☐	
22	ליקוי / הפרעה / מחלה אורתופדית, כולל מפרקי הירכיים, גב ועומד שדרה וכתפיים.	☐	☐	
23	מחלות עור, כולל אלרגיות.	☐	☐	
24	מחלות שרירים, כולל מחלות ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת.	☐	☐	
25	מחלות/תופעות/הפרעות באברי הרבייה כולל אשכים (אשך טמיר) ואברים נשיים.	☐	☐	

אני/אנו החתום/חתומים מטה מצהיר/ים כי כל התשובות בהצהרה זו הינן מלאות ונכונות וניתנות מתוך רצוני/רצוננו החופשי וכי ידוע לי/לנו כי התשובות משמשות תנאי יסודי לחוזה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו והריני/הרינו חותם/חותמים בשם ילדי/י כאפוטרופוס/ים טבעי/טבעיים שלו/שלהם.

תאריך: _____

שם ההורה: _____ חתימה: X _____

שם ההורה: _____ חתימה: X _____