

הצהרת בריאות (א.כ.ע, מוות)

למועמדים מגיל 65, יש לצרף מסמך רפואי מרופא מטפל אשר יכול, ניתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
	גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
הרגלי עישון	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.					

תשובות המועמד לביטוח		
כן	לא	
		א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.
☐	☐	1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: מחלת הסרטן (יש לפרט סוג סרטן) _____, בעיות ומחלות לב _____, סכרת _____, מחלות ניווניות/כרוניות _____, בעיות ומחלות נפשיות _____, טרשת נפוצה _____, הנטינגטון _____, כליות פוליציסטיות _____, פרקינסון _____.
☐	☐	2. בעשר השנים האחרונות: האם אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון _____, האם נותחת _____, האם יעצו לך לעבור ניתוח?
☐	☐	3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: _____, לגילוי סרטן _____, לאבחון בעיות לב _____, בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) _____, מפיפי עצמות _____, בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי _____, בדיקה לגילוי איידס _____.
☐	☐	4. האם בחמש השנים האחרונות: _____, הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? _____, הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?
☐	☐	5. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: _____, האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה (2), תאונה (3) או מום מולד?
☐	☐	6. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: _____, סמים (4) _____, אלכוהול (5) _____, נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____.
		ב. האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופל/ת ו/או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.
☐	☐	1. סכרת (6) _____, יותר שומנים בדם (7) _____, יותר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8) _____.
☐	☐	2. מערכת העצבים והמוח _____, אירוע מוחי _____, שיתוק _____, הפרעות תחושה/תנועה _____, סחרחורות _____, אפילפסיה (9) _____, שיתוק מוחין _____, פרקינסון _____, טרשת נפוצה _____, הפרעות קשב וריכוז (10) _____, אוטיזם _____, פיגור _____.
☐	☐	3. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: _____, ירידה בקוגניציה _____, ירידה בזיכרון?
☐	☐	4. ריאות _____, דרכי הנשימה _____, אסטמה _____, ברוניטיס _____, אמפיזמה _____, מחלת ריאות חסימתית _____, שחפת (11) _____.
☐	☐	5. בעיות ומחלות לב _____, בעיות ומחלות כלי הדם _____, התקף לב _____, קרדיומיופטיה _____, טרומבוזת _____, מחלת לב איסכמית _____, אי ספיקת לב _____, הפרעות קצב הלב _____, בעיות מסתמי הלב _____, מומי לב _____, דלקת כלי הדם/וסקוליטיס _____, אנמיה (12) _____.
☐	☐	6. מחלת נפש _____, הפרעה נפשית _____, חרדה _____, דיכאון (13) _____.
☐	☐	7. בעיות ומחלות כבד _____, הפטיטיס/צהבת _____, שחמת הכבד _____, כבד שומני _____, הפרעה בתפקודי הכבד (14) _____.
☐	☐	8. בעיות מעיים ודרכי העיכול _____, קרוהן _____, קוליטיס _____, אולקוס/כיב קיבה _____, מעי רגז _____, פיסורה _____, טחורים (15) _____.
☐	☐	9. בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן _____, אי ספיקת כליות _____, כליות פוליציסטיות _____, דם או חלבון בשתן (16) _____.
☐	☐	10. מחלת איידס _____, נשאות איידס _____.
☐	☐	11. בעיות ראוטולוגיות _____, מחלת ובעיות מפרקים ועצמות _____, דלקת פרקים _____, פיברומיאלגיה (17) _____, גאוס (18) _____, פוליו _____, בריחת סידן _____, אנקילוזינג ספונדיליטיס _____, F.M.F (19) _____.
☐	☐	12. סרטן _____, מחלות ממאירות _____, גידולים _____, (ממאירים או שפירים) _____.
☐	☐	13. מחלות אוטואימוניות _____, מחלות ניווניות _____, מחלות כרוניות _____, לופוס/זאבת _____, ניוון שרירים _____, סרקואידוזיס _____, הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות כולל בעיות ומחלות בלוטות (20 / 21) _____.
☐	☐	14. מחלות עיניים וראייה: _____, גלאוקומה _____, רטיניטיס פיגמנטוזה _____, קוצר ראייה _____, (מספר עדשות מעל 7) _____, קרטוקונוס _____, בעיה אחרת (22) _____.
☐	☐	15. מחלות אף אוזן וגרון: _____, ירידה בשמיעה _____, טנטון _____, אף _____, גרון (23) _____.
☐	☐	16. בעיות אורטופדיות: _____, כאבי גב ו/או צוואר (24) _____, בעיה בעמוד שדרה (24) _____, בלט דיסק ו/או פריצת דיסק (24) _____, בעיות ו/או קרעים ברצועות או במיניסקוס _____, CTS _____, בעיה אחרת _____.

הערות

אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובותיי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובותיי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך _____ שם המועמד לביטוח: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____