



## הצהרת בריאות - משכנתא

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

| מועמד ראשי                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | פרטים אישיים | שם משפחה |      | שם פרטי       | תעודת זהות | תאריך לידה |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|------|---------------|------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              | גובה     | משקל | שם קופת חולים | סניף       | כתובת      |
| מועמד משני                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | פרטים אישיים | שם משפחה |      | שם פרטי       | תעודת זהות | תאריך לידה |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              | גובה     | משקל | שם קופת חולים | סניף       | כתובת      |
| מעולם לא עישנתי<br><input type="checkbox"/> אני מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.<br><input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים/נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן. |              |          |      |               |            |            |

| מועמד ראשי                                                                                                   |                          |                          |                          | מועמד משני               |                          |                          |                          | מועמד                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| כן                                                                                                           | לא                       | כן                       | לא                       | כן                       | לא                       | כן                       | לא                       | כן                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | לא | כן | לא |
| א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים. |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: מחלות הסרטן (יש לפרט סוג סרטן), בעיות ומחלות לב, סוכרת, מחלות ניווניות/כרוניות, בעיות ומחלות נפשיות, טרשת נפוצה, הנטינגטון, כליות פוליציסטיות, פרקינסון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. האם בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון (1) <input type="checkbox"/> האם נותחת (28) <input type="checkbox"/> האם יעצו לך לעבור ניתוח? (28)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> לגילוי סרטן <input type="checkbox"/> לאבחון בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי איידס                                                                                                                                                                        |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. נכות, אחוזי נכות וזמן מולד: <input type="checkbox"/> האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד? (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. האם השתמשו או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ב. האם יש לך /או אובחנת /או הנך מטופל/ת /או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון /או מסמכים רפואיים.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> סוכרת (6) <input type="checkbox"/> יותר שומנים בדם (7) <input type="checkbox"/> יותר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> סחרחורות <input type="checkbox"/> אפילפסיה (9) <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור יופנה להורה או אפוסרפוס של פסול דין                                                                         |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: <input type="checkbox"/> ירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברוניטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> דום נשימה בשינה (11)                                                                                                                                                                                                                            |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופטיה <input type="checkbox"/> טרומבוזת <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> הפרעות קצב הלב <input type="checkbox"/> בעיות מסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב <input type="checkbox"/> דלקת כלי הדם/וסקוליטיס <input type="checkbox"/> אנמיה (12) <input type="checkbox"/> בעיות קרישה |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. <input type="checkbox"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון (13)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/צהבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים <input type="checkbox"/> ודרכי העיכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות <input type="checkbox"/> ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן (16)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. <input type="checkbox"/> בעיות ראוטולוגיות <input type="checkbox"/> מחלת ובעיות מפרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוט (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס F.M.F (19)                                                                                                                                                                                                               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) <input type="checkbox"/> חשד לגידול/שומות במעקב (26)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> הנטינגטון                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. <input type="checkbox"/> הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות בלוטות <input type="checkbox"/> ערמונית/פרוסטטה (20) <input type="checkbox"/> בלוטת המגן/התריס (21) <input type="checkbox"/> יותרת המוח <input type="checkbox"/> יותרת הכליה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק <input type="checkbox"/> הלבלב                                                                                                                                                                        |    |    |    |





| הערות:                                                                                                                                                          |                  |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| פירוט ממצאים חיוביים:                                                                                                                                           |                  |                                                                                                       |
| שם המועמד                                                                                                                                                       | מספר שאלה        | אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה) |
|                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                                       |
| אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובתי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובתי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו. |                  |                                                                                                       |
| תאריך                                                                                                                                                           | שם המועמד הראשי: | מספר ת.ז:                                                                                             |
|                                                                                                                                                                 |                  | חתימה *                                                                                               |
| תאריך                                                                                                                                                           | שם המועמד משני:  | מספר ת.ז:                                                                                             |
|                                                                                                                                                                 |                  | חתימה *                                                                                               |