



הצהרת בריאות - משכנתא/ריסק

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
 אני מעשן: _____
 עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית / סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.

מועמד ראשי				מועמד משני				מועמד
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"/>	1. 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"/>	2. 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"/>	3. 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"/>	4. נכות, אחוזי נכות ומום 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"/>	5. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> 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.								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם (7) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)				
<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"/> סחרחורת <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 אפטרופוס של פסול דין				
<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"/>	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"/>	5. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופתיה <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 (27) <input type="checkbox"/> אנמיה (12) <input type="checkbox"/> מחלות דם (לרבות הפרעות קרישה)				
<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"/>	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 (15)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים ודרכי העיכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה (15)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות 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"/>	10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס				
<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"/> פיברומיאליגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוט (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס <input type="checkbox"/> F.M.F (19)				
<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"/>	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"/>	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"/> יתרת המוח <input type="checkbox"/> יתרת הכליה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק				

גרסה 06/2026

***3453**



dt3020

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

עמוד 1 מתוך 2

