

## הצהרת בריאות מחלות קשות

למועמדים מעל גיל 65 יש להמציא מכתב מפורט מרופא מטפל המתייחס לכל בעיות הבריאות כולל אבחנות, ניתוחים, אשפוזים בחמש השנים האחרונות, טיפול (תרופתי ואחר), תוצאות בדיקות דימות שבוצעו בחמש השנים האחרונות ומצב כיום.

| מועמד                 | שם משפחה | שם פרטי  | תעודת זהות | גובה (מגיל 14) | משקל (מגיל 14) |  |
|-----------------------|----------|--|------------|----------------|----------------|--|
| פרטים אישיים          | ראשי     |  |            |                |                |  |
|                       | משני     |  |            |                |                |  |
|                       | ילד 1    |  |            |                |                |  |
|                       | ילד 2    |  |            |                |                |  |
| הרגלי עישון (מגיל 16) | ראשי     | <input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי<br><input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ 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 / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן. |            |                |                |  |
|                       | משני     | <input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי<br><input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ 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 / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן. |            |                |                |  |
|                       | שם הילד: | <input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי<br><input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ 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 / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן. |            |                |                |  |
|                       | שם הילד: | <input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי<br><input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ 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 / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן. |            |                |                |  |

| מועמד  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| א. שאלות כלליות:<br>אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/ות, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. האם בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> אושפזת (1) <input type="checkbox"/> נותחת (28) <input type="checkbox"/> 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות לגילוי/אבחון של: <input type="checkbox"/> סרטן (יש לפרט סוג סרטן) (26) <input type="checkbox"/> בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות/כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> ציסטות פרקינסון <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגלוי 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. האם אובחנת כלוקה ב: <input type="checkbox"/> מחלת נפש/הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון <input type="checkbox"/> הפרעות אכילה <input type="checkbox"/> אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 השתמשת או שהגר משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) <input type="checkbox"/> 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. תולדות משפחה:<br>האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ:<br><input type="checkbox"/> סרטן השד <input type="checkbox"/> סרטן שחלות <input type="checkbox"/> סרטן מעי <input type="checkbox"/> סרטן ערמונית (פרוסטטה) <input type="checkbox"/> מחלות ניוון שרירים/נירון מוטורי <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופתיה <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> היגר בטיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> היגר במעקב רפואי <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> נדרשת מעקב רפואי  |
| מועמד  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| ב. האם הנך סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה?<br>אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> נדרשת למעקב 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. האם בעשר השנים האחרונות סבלת מ: <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתר לחץ הדם (8) <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם (7). אם כן, נא צרף שאלון מתאים   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 פנית לרופא בתלונות הקשורות: <input type="checkbox"/> בירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> בירידה בזיכרון <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> ארוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <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 אפוטרופוס של קטי/פסול דין) <input type="checkbox"/> תסמונת דאון       |

\*3453



## המשך הצהרת בריאות מחלות קשות

| ילד 4   |                          | ילד 3                    |                          | ילד 2  |                          | ילד 1                    |                          | משני                     |                          | ראשי   |                          |   |  |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---|--|--|
| לא  | כן                       | לא                       | כן                       | לא   | כן                       | לא                       | כן                       | לא                       | כן                       | לא   | כן                       |   |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> סיסטיק פובריזיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | 5. בעיות ומחלות לב וכלי 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 (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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | 6. בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה (12)  |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. 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"/> בעיות מעיים ודרכי העכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה <input type="checkbox"/> מעי רגיז <input type="checkbox"/> פיסורה <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15) |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | 9. 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   |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. מחלת איידס/נשאות איידס <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | 11. מחלות ובעיות פרקים <input type="checkbox"/> בעיות בגב ועמוד שדרה (24)   |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממארות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | 13. בעיות ומחלות עיניים וראיה <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראייה (מעל 8) <input type="checkbox"/> קרטוקונוס <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)  |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. בעיות אזניים ושמיעה (23)  |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | 15. <b>לנשים מגיל 18 בלבד:</b> <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> מחלות שדיים <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (29)  |  |  |
| ילד 4   |                          | ילד 3                    |                          | ילד 2  |                          | ילד 1                    |                          | משני                     |                          | ראשי   |                          |   |  |  |
| לא  | כן                       | לא                       | כן                       | לא   | כן                       | לא                       | כן                       | לא                       | כן                       | לא   | כן                       |   |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | ג. הצהרת בריאות לתינוק עד גיל חצי שנה למילוי על ידי ההורים בלבד   |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. האם המבוטח נולד לפני שבוע 36 או האם התינוק נולד פג? האם שהה בפגייה ו/או טיפול נמרץ ו/או כל מחלקה אחרת שאינה מחלקת ילודים ו/או היה תחת פיקוח רפואי כלשהו לאחר הלידה ו/או לאחר שחרורו?   |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתין לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?   |  |  |
| <b>ד. הערות - פירוט ממצאים חיוביים:</b>   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |   |  |  |
| שם המועמד   |                          | מספר שאלה                |                          | אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים/כן/לא |                          | שם המועמד                |                          | מספר שאלה                |                          | אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים/כן/לא |                          | שם המועמד   |  |  |
|   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |   |  |  |
| אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובתיי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובתיי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו. |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |   |  |  |
| תאריך:  |                          |                          | שם מועמד ראשי:           |  |                          | מספר ת.ז.:               |                          |                          | חתימה:                   |  |                          |   |  |  |
| תאריך:  |                          |                          | שם מועמד משי:            |  |                          | מספר ת.ז.:               |                          |                          | חתימה:                   |  |                          |   |  |  |

