

טופס מידע רפואי

מוגש לפניך טופס מידע רפואי הבא לעמוד על מצבך הבריאותי ומצב משפחתך.
עליך למלא את הטופס בהתאם להוראות המצורפות בקפדנות יתרה.
הסודיות מובטחת!

א. פרטים אישיים

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

תאריך לידה: _____

כתובת: _____

שם הרופא המטפל וכתובת מקום עבודתו: _____

פרטי קופת החולים אליה משתייך החניך: _____

טלפון: _____

תעודת זהות: _____

בסעיפים ב' ו- ג' סמן ב- YES או NO. במקרה של תשובה חיובית, יש לפרט בסעיף הערות (בסוף).

ב. תולדות המשפחה (הורים, אחים, אחיות) B. Family History (Immediate Family)

DIABETES	[NO]	[YES]	סוכרת
HEART DISEASE	[NO]	[YES]	מחלת לב
HIGH BLOOD PRESSURE	[NO]	[YES]	יתר לחץ דם
MENTAL ILLNESSES	[NO]	[YES]	מחלות נפש
MALIGNANT DISEASE	[NO]	[YES]	מחלות ממאירות
LUNG DISEASE	[NO]	[YES]	מחלות ריאה
OTHER	[NO]	[YES]	אחרות

NOTES: _____ הערות:

Medical History**ג. תולדות השליח**

HOSPITALIZATION	[NO]	[YES]	אשפוזים
DISEASE OF THE JOINTS	[NO]	[YES]	מחלות פרקים
LUNG DISEASE	[NO]	[YES]	מחלות ריאה
DIGESTIVE PROBLEMS (ULCER, JAUNDICE ETC.)	[NO]	[YES]	מחלות דרכי עיכול (כיב, צהבת וכד')
ALERGIES	[NO]	[YES]	רגישות יתר (אלרגיה)
KIDNEY & URINARY DISEASE	[NO]	[YES]	מחלות כליות ודרכי שתן
ACCIDENTS & FRACTURES	[NO]	[YES]	תאונות ושבירים
OPERATIONS	[NO]	[YES]	ניתוחים
HOSPITALIZATION FOR THE LAST 6 MONTHS?	[NO]	[YES]	האם אושפז בחצי השנה האחרונה?

הערות: _____ NOTES: _____

PRESENT MEDICAL CONDITION**ד. מצב הבריאות הנוכחי**

נא לפרט בכל מקרה של בעיות או קשיים.

NERVOUS SYSTEM	_____	מערכת העצבים
SIGHT & HEARING	_____	ראייה/ שמיעה
SPINE	_____	עמוד השדרה
LIMBS	_____	גפיים
HEART	_____	לב
BREATHING	_____	נשימה
STOMACH	_____	בטן
MENTAL PROBLEMS	_____	בעיות נפשיות
GYNECOLOGICAL PROBLEMS	_____	בעיות גניקולוגיות
MEDICINE OF CONSTANT USE	_____	תרופות קבועות
DIET	_____	דיאטה

הערות: _____ NOTES: _____

הנני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי במצבו הרפואי של בני/בתי במהלך תהליך ההכשרה

ישירות ובכתב למנהלת המחלקה לקשרי חוץ, תנועת הצופים.

תאריך _____ **DATE** _____

חתימת הורים _____ **PARENTS SIGNATURE** _____