

שאלון פרטים אישיים ומצב בריאותי למתרפא/ה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
רחוב: _____ מספר בית: _____ עיר: _____ מיקוד: _____
תאריך לידה: _____ מצב משפחתי: _____ עיסוק: _____ הופנה ע"י: _____
מס' טלפון בית: _____ מס' נייד: _____ מס' טלפון עבודה: _____
מס' טלפון קרוב משפחה: _____ כתובת דואר אלקטרוני: _____

נא הקף בעיגול את האפשרות הנכונה. אם התשובה חיובית (כן) אנא לפרט.

1. האם קיימת בעיה לבבית? (כן / לא) פרט: _____
2. האם קיימת בעיה במערכת הנשימה? (כן / לא) פרט: _____
3. בעיית לחץ דם? (כן / לא) אם כן (גבוה/ נמוך) האם מטופל (כן / לא)
4. האם סובלת/מסוכרת? (כן / לא) האם מטופל (כן/ לא)
5. האם קיימת בעיה בבלוטת התריס(תירואיד)? (כן / לא) האם מטופל (כן / לא)
6. האם סבלת/ סובלת מדלקת מפרקים / בעיות במפרקים? (כן / לא)
7. האם סובלת/מאפילפסיה או אובדן הכרה? (כן / לא)
8. האם סובלת/מבעיות בכליות? (כן / לא)
9. האם קיימת הפרעה בקרישת הדם? (כן / לא) האם מטופל (כן / לא)
10. האם חלית בצהבת וירלית (B / C)? (כן / לא)
11. איידס/נשא HIV? (כן / לא)
12. בעיה רפואית / מחלה אחרת שלא צוינה? פרט: _____
13. נוטלת/תרופות בקביעות? (כן / לא) פרט מהן: _____
14. אלרגיה לתרופות? (כן / לא) פרט: _____
15. האם נחשפת בעבר לאלחוש מקומי? (כן / לא) האם היו תגובות קודמות, פרט: _____
16. האם אושפזת בשנתיים האחרונות? (כן / לא) פרט מדוע: _____
17. האם את/ה מעשן/ת? (כן / לא)
18. לנשים- האם הנך בהריון? (כן / לא / לא ידוע) אם כן, שבוע ההיריון _____
19. האם את מניקה? (כן / לא)

הריני מאשר/ת כי הנאמר לעיל נכון ומתחייב/ת להודיע לרופא המטפל על כל שינוי במצב הבריאותי ו/או על שינוי בתרופות אותן אני נוטלת/ת בקביעות.

תאריך: _____ חתימת המתרפא/ה (אפוסטרופוס/הורה) _____

עדכון 8.9.16