



## הצהרת בריאות ביטוח רפואי לזרים בישראל

### ועדוּת רכש כספי ופיקוח בריאות - רישום מרשם ביטוח - רישום מרשם ביטוח

הצהרת בריאות זו היא חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות, ונא להקפיד למלא אותה בצורה מדויקת ומלאה. סופסוף זה מיועד לגברים ולנשים כאחד.

הצהרת בריאות זו היא חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות, ונא להקפיד למלא אותה בצורה מדויקת ומלאה. סופסוף זה מיועד לגברים ולנשים כאחד.

הצהרת בריאות זו היא חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות, ונא להקפיד למלא אותה בצורה מדויקת ומלאה. סופסוף זה מיועד לגברים ולנשים כאחד.

מין	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מספר דרכון	עיר מגורים	מספר טלפון
<input type="checkbox"/> גבר <input type="checkbox"/> נערה						

הצהרת בריאות זו היא חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות, ונא להקפיד למלא אותה בצורה מדויקת ומלאה. סופסוף זה מיועד לגברים ולנשים כאחד.

שאלה	כן	לא	הערות
<b>1</b> האם אתם משתמש/תם או השתמש/תם בסמים? באופן קבוע? נא לציין את כמות הצריכה: _____ ליום.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2</b> האם במהלך 10 השנים האחרונות הופנית לאחת מהבדיקות הבאות (מלבד כחלק מבדיקות שגרתיות) וטרם ביצעת אותה, או שטרם נקבעה לך מבחן סופי, כגון: מחלות כרוניות, צנתור, מיפוי עצמות, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק מטיפול טרום לידתי שגרות), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה או גסטרוסקופיה, מחלות אוטואימוניות כולל זאבת. (במידה ותשובתך "כן", נא לרצות אישור מהרופא המטפל, המציין הסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה והאבחנה הסופית.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3</b> האם במהלך 10 השנים האחרונות, עברת או עומדת לעבור ניתוח/השתלה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4</b> האם במהלך 10 השנים האחרונות אושפזת בבית חולים? מידה ותשובתך "כן", נא לתאר בפירוט את סיבת האשפוז ואת הטיפול שקיבלת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5</b> האם במהלך 10 השנים האחרונות אתה נוטל, או קיבלת המלצה ליטול, תרופות באופן קבוע? מידה ותשובתך "כן", נא לתאר בפירוט את הבעיה בה אתה מטופל/טופלת, את הטיפול, ומשך זמן הטיפול התרופתי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6</b> האם אובחנת כסובל מאלרגיה כלשהי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7</b> האם אתה סובל מבעיה כלשהי (שכפף מוחי) או אפילפסיה שטרם נפוצה ניוון שרירים או מחלה אטרופית אחרת סחרחורות כאבי ראש הפרעות שיווי משקל התעלפויות פרקינסון מחלת אלצהיימר רעד פיגור שכלי אוטיזם תסמונת דאון שיתוק מוחין פוליומיאליטיס (שיתוק תנוקות) מחלת גושה אובדן תחושה (קהות) הפרעות קשב מיגרנה האם פנית לרופא עם תלונות על ירידה בזיכרון (דמנציה) איידס נשאי HIV זאבת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8</b> האם התשובה לאחת או יותר מהשאלות לעיל היא "כן", נא לציין מכתב עדכני מרופא מטפל.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9</b> האם אתה סובל מבעיה כלשהי (שכפף מוחי) או אפילפסיה שטרם נפוצה ניוון שרירים או מחלה אטרופית אחרת סחרחורות כאבי ראש הפרעות שיווי משקל התעלפויות פרקינסון מחלת אלצהיימר רעד פיגור שכלי אוטיזם תסמונת דאון שיתוק מוחין פוליומיאליטיס (שיתוק תנוקות) מחלת גושה אובדן תחושה (קהות) הפרעות קשב מיגרנה האם פנית לרופא עם תלונות על ירידה בזיכרון (דמנציה) איידס נשאי HIV זאבת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10</b> האם התשובה לאחת או יותר מהשאלות לעיל היא "כן", נא לציין מכתב עדכני מרופא מטפל.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3	<b>רגליים באיכות:</b> <input type="checkbox"/> עברו כושר נחש (באדוורסור) <input type="checkbox"/> כושר נחש (באדוורסור) <input type="checkbox"/> כושר נחש (באדוורסור) <input type="checkbox"/> כושר נחש (באדוורסור) <input type="checkbox"/> כושר נחש (באדוורסור) <input type="checkbox"/> כושר נחש (באדוורסור) <input type="checkbox"/> כושר נחש (באדוורסור) <input type="checkbox"/> כושר נחש (באדוורסור) <input type="checkbox"/> כושר נחש (באדוורסור)		<b>כלי דם:</b> <input type="checkbox"/> דליות (בוורידים של הרגליים) <input type="checkbox"/> עורק הצוואר (בעורקי הצוואר) <input type="checkbox"/> הפרעות קרישה <input type="checkbox"/> מחלת דם <input type="checkbox"/> DVT פקקת <input type="checkbox"/> PVD (מחלת כלי דם היקפית), <input type="checkbox"/> מחלה אחרת/בעיה בכלי דם.
4	<b>פריבאטיות רגליים:</b> <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש <input type="checkbox"/> נחש נחש		<b>מחלות מטבוליות:</b> <input type="checkbox"/> מחלות התריס <input type="checkbox"/> מחלות לימפה <input type="checkbox"/> מחלות רוק <input type="checkbox"/> מחלות זיעה <input type="checkbox"/> מחלות יותרת המוח <input type="checkbox"/> סכרת - במידה והתשובה חיובית יש לציין סוג סכרת ( סכרת סוג 1/2 ) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> רמות גבוהות של שומנים/כולסטרול <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה מטבולית אחרת
5	<b>שכיחות פגמים:</b> <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים <input type="checkbox"/> פגמים		<b>מערכת הנשימה:</b> <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחח זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה <input type="checkbox"/> חזה אויר (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת הנשימה
6	<b>אנרגיה פגמים:</b> <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה		<b>מערכת העיכול:</b> <input type="checkbox"/> כיב (תריסרון/קיבה) <input type="checkbox"/> צרבת <input type="checkbox"/> מחלת קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> רפלקס <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> פיסורה/פיסטולה <input type="checkbox"/> חסימת מעיים <input type="checkbox"/> מחלות בלבב / זיהומים <input type="checkbox"/> וטש <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס המרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
7	<b>אנרגיה:</b> <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה		<b>כבד:</b> <input type="checkbox"/> צהבת <input type="checkbox"/> הפטיטיס B, C, D <input type="checkbox"/> כבד שומני/שחמת, <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
8	<b>התנהגות:</b> <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות		<b>בקע:</b> <input type="checkbox"/> מיקום הבקע: בסרעפת / בטבור / במפשעה הימנית / במפשעה השמאלית. <input type="checkbox"/> עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי (תאריך)? _____
9	<b>התנהגות אחרת:</b> <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת <input type="checkbox"/> התנהגות אחרת		<b>כליות ודרכי השתן:</b> <input type="checkbox"/> זיהומים חוזרים <input type="checkbox"/> אבנים בכליות ובשתן <input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> אנומליות בדרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת בדרכי השתן
10	<b>אנרגיה:</b> <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה <input type="checkbox"/> אנרגיה		<b>מפרקים ועצמות:</b> <input type="checkbox"/> דלקת מפרקים <input type="checkbox"/> גאוס <input type="checkbox"/> גב / עמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה במפרקים ועצמות אחרות
11	<b>התנהגות:</b> <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות		<b>מחלות עור ומין:</b> <input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> גנגיון <input type="checkbox"/> עור <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> מחלות המועברות במגע מיני <input type="checkbox"/> עגבת <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה עור ומין אחרות
12	<b>התנהגות:</b> <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות		<b>גידולים/מחלות ממאירים (סרטן)</b>
13	<b>התנהגות:</b> <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות		<b>מחלות אף אוזן וגרון:</b> <input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס <input type="checkbox"/> מחלות/בעיות אחרות באף, אוזן וגרון
14	<b>התנהגות:</b> <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות		<b>לנשים:</b> <input type="checkbox"/> שדיים (כולל הגדלת חזה) <input type="checkbox"/> מערכת גינקולוגית <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה נשית אחרת <input type="checkbox"/> את בהריון? <input type="checkbox"/> עברת לידה קיסרית? <input type="checkbox"/> אם "כן" נא לציין מתי (תאריך)
15	<b>התנהגות:</b> <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות <input type="checkbox"/> התנהגות		<b>לגברים:</b> <input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> דליות אשכים / אשך טמיר <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה גברית אחרת
יפוט ממצאים חיוביים			חתום ומוזן

