



## צורה בריאות ביטוח רפואי לזרם בישראל

### הצהרת בריאות ובריאות בריאות - ארץ ישראל

הנני מצהיר כי הנני מתכוון להצטרף לביטוח בריאות בישראל. הנני מצהיר כי הנני מתכוון להצטרף לביטוח בריאות בישראל. הנני מצהיר כי הנני מתכוון להצטרף לביטוח בריאות בישראל.

בכפוף לבקשת הביטוח המצורפת שהיא חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות, אנה הקפד למלא טופס זה בצורה מדויקת ומלאה. טופס זה מיועד לגברים ולנשים כאחד.

|         |          |            |  |
|---------|----------|------------|--|
| שם פרטי | שם משפחה | תאריך לידה | מין  |
|         |          |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |

הצהרת בריאות זו עליך לענות על השאלות הבאות על ידי סימון "✓" בעמודה של התשובה המתאימה.

| שאלה  | כן                       | לא                       | הערות |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. האם אתה משתמש או השתמשת במסיים? האם אתה שותה, או שתית בעבר משקאות אלכוהוליים באופן קבוע? נא לציין את כמות הצריכה: _____ ליום.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1     |
| 2. האם במהלך 10 השנים האחרונות הופנית לאחת מהבדיקות הבאות (מלבד כחלק מבדיקות שגרתיות) וטרם ביצעת אותה, או שטרם נקבעה לך אבחנה סופית, כגון: מחלות כרוניות, צנתור, מיפוי עצמות, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלל) כחלק מטיפול טרום לידתי שגרתני, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה או גסטרוסקופיה, מחלות אוטואימוניות כולל זאבת. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2     |
| 3. האם במהלך 10 השנים האחרונות, עברת או עומדת לעבור ניתוח/השתלה?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3     |
| 4. 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"/> | 4     |
| 5. 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"/> | 5     |
| 6. האם אובחנת כסובל מאלרגיה כלשהי?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6     |
| 7. האם התשובה לאחת או יותר מהשאלות לעיל היא "כן", נא לצרף מכתב עדכני מרופא מטפל.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7     |

|                             |   |  |  |    |
|-----------------------------|---|--|--|----|
| 4                           | <b>מחלות מטבוליות:</b><br><input type="checkbox"/> בלוטת התריס <input type="checkbox"/> בלוטת לימפה <input type="checkbox"/> בלוטת רוק <input type="checkbox"/> בלוטת זיעה<br><input type="checkbox"/> בלוטת יותרת המוח <input type="checkbox"/> סכרת - במידה והתשובה חיובית יש לציין סוג סכרת ( סכרת סוג 1/2 )<br><input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> רמות גבוהות של שומנים/כולסטרול<br><input type="checkbox"/> מחלה/בעיה מטבולית אחרת   |  |  | 4  |
| 5                           | <b>מחלות הנשימה:</b><br><input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחת זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה <input type="checkbox"/> חזה אויר (Pneumothorax)<br><input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס<br><input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת הנשימה   |  |  | 5  |
| 6                           | <b>מערכת העיכול:</b><br><input type="checkbox"/> כיב (תריסרון/קיבה) <input type="checkbox"/> צרבת <input type="checkbox"/> מחלת קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס<br><input type="checkbox"/> רפלוקס <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> פיסורה/פיסטולה <input type="checkbox"/> חסימת מעיים<br><input type="checkbox"/> מחלות לבלב / זיהומים <input type="checkbox"/> ושט <input type="checkbox"/> כיס מרה<br><input type="checkbox"/> אבנים בכיס המרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול |  |  | 6  |
| 7                           | <b>כבד:</b><br><input type="checkbox"/> צהבת <input type="checkbox"/> הפטיטיס B, C, D<br><input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> שחמת<br><input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול  |  |  | 7  |
| 8                           | <b>בטן:</b><br><input type="checkbox"/> מיקום הבקע: בסרעפת / בטבור / במפשעה הימנית / במפשעה השמאלית.<br><input type="checkbox"/> עברת ניתוח לטיפול בבקע?<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי (תאריך)? _____   |  |  | 8  |
| 9                           | <b>כליות ודרכי השתן:</b><br><input type="checkbox"/> זיהומים חוזרים <input type="checkbox"/> אבנים בכליות ובשתן<br><input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> אנומליות בדרכי השתן<br><input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת בדרכי השתן  |  |  | 9  |
| 10                          | <b>מפרקים ועצמות:</b><br><input type="checkbox"/> דלקת מפרקים <input type="checkbox"/> גאوت <input type="checkbox"/> גב / עמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה במפרקים ועצמות אחרות  |  |  | 10 |
| 11                          | <b>מחלות עור ומין:</b><br><input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> נגעי עור <input type="checkbox"/> פסוריאזיס<br><input type="checkbox"/> מחלות המועברות במגע מיני <input type="checkbox"/> עגבת<br><input type="checkbox"/> מחלות/בעיה עור ומין אחרות   |  |  | 11 |
| 12                          | <b>גידולים/מחלות ממאירים (סרטן)</b>   |  |  | 12 |
| 13                          | <b>מחלות אף אוזן וגרון:</b><br><input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס<br><input type="checkbox"/> מחלות/בעיות אחרות באף, אוזן וגרון  |  |  | 13 |
| 14                          | <b>נשנים:</b><br><input type="checkbox"/> שדיים (כולל הגדלת חזה) <input type="checkbox"/> מערכת גינקולוגית<br><input type="checkbox"/> מחלה/בעיה נשית אחרת<br><input type="checkbox"/> את בהריון?<br><input type="checkbox"/> עברת לידה קיסרית?<br><input type="checkbox"/> אם "כן" נא לציין מתי (תאריך)  |  |  | 14 |
| 15                          | <b>לגברים:</b><br><input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> דליות אשכים / אשך טמיר<br><input type="checkbox"/> מחלה/בעיה גברית אחרת  |  |  | 15 |
| <b>פירוט ממצאים חיוביים</b> |   |  |  |    |
| <b>הערות/הבהרות</b>         |   |  |  |    |
|                             |   |  |  |    |
|                             |   |  |  |    |
|                             |   |  |  |    |
|                             |   |  |  |    |
|                             |   |  |  |    |

