

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים

ביטוח בריאות וחיים

<p>2. האם אתה מרכיב משקפיים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>מספרי העדשות _____</p> <p>3. תופעה אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>וצרף מכתב עדכני מרופא העיניים המטפל.</p> <p>_____</p> <p>4. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז נכות _____</p> <p>5. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> קטרקט <input type="radio"/> גלאוקומה (לחץ תוך עיני) <input type="radio"/> היפרדות רשתית <input type="radio"/> קרטוקונוס <input type="radio"/> אסטגמטיזם <input type="radio"/> # ניתוח לייזר לתיקון הראייה - מתי _____ האם המצב תקין? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> עיוורון: <input type="radio"/> בעיה מולדת - האם בשתי העיניים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> עקב תאונה - האם בשתי העיניים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> עקב מחלה, פרט וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. <input type="radio"/> # פזילה, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בתאריך _____ <input type="radio"/> # חסימה בצינור הדמעות, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בתאריך _____ <input type="radio"/> # צניחת עפעפיים</p>
<p>חתימת המבוטח </p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____</p>

[1]
שאלון עיניים

<p>2. תופעה אחרת/ניתוח אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>וצרף מכתב עדכני מרופא אף-אוזן-גרון המטפל</p> <p>_____</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> שקדים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> שקד שלישי, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> יבלות במיתרי הקול <input type="radio"/> פוליפים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> בעיית נחירות <input type="radio"/> תסמונת דום נשימה בשינה, אם כן - נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. <input type="radio"/> סינוסיטיס, רשום: ההתקף האחרון היה בתאריך - _____ <input type="radio"/> כמה התקפים היו ב-5 השנים האחרונות <input type="radio"/> ניתוח מחיצת האף, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> האם הבעיה עדין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> כפתורים באוזניים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> נוזלים באוזניים/דלקות אוזניים חוזרות, (יותר מ-4 דלקות חוזרות בשנה) מתי היה אירוע אחרון של התופעה? <input type="radio"/> ליקוי שמיעה כתוצאה מ-: <input type="radio"/> מום מולד <input type="radio"/> טנטון <input type="radio"/> פציעה <input type="radio"/> גיל <input type="radio"/> ורטיגו <input type="radio"/> ניתוח פלסטי באף</p>
<p>חתימת המבוטח </p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____</p>

[2]
שאלון אף-אוזן-גרון

<p>1. האם אתה סובל מאסטמה/ברונכיטיס? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>2. האם קיימת אמפיזמה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. האם תפקודי הריאות תקינים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>4. האם מקבל טיפול? <input type="radio"/> רק בזמן התקף <input type="radio"/> קבוע - האם מטופל בסטרואידים <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם התרופה _____</p> <p>5. רשום מתי אירע ההתקף האחרון _____</p> <p>6. מתי התגלתה הבעיה? _____</p> <p>7. האם אתה סובל/סבלת ממחלת ריאות אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>וצרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות.</p> <p>8. האם אושפזת ו/או נעדרת מהעבודה עקב הבעיה? נא רשום תאריך וכמה ימים _____</p> <p>9. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז נכות _____</p>	<p>1. האם אתה סובל מאסטמה/ברונכיטיס? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>2. האם קיימת אמפיזמה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. האם תפקודי הריאות תקינים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>4. האם מקבל טיפול? <input type="radio"/> רק בזמן התקף <input type="radio"/> קבוע - האם מטופל בסטרואידים <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם התרופה _____</p> <p>5. רשום מתי אירע ההתקף האחרון _____</p> <p>6. מתי התגלתה הבעיה? _____</p> <p>7. האם אתה סובל/סבלת ממחלת ריאות אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>וצרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות.</p> <p>8. האם אושפזת ו/או נעדרת מהעבודה עקב הבעיה? נא רשום תאריך וכמה ימים _____</p> <p>9. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז נכות _____</p>
<p>חתימת המבוטח </p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____</p>

[3]
שאלון אסטמה, ברונכיטיס וריאות



שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים

<p>פליטציות <input type="radio"/></p> <p>פרפור פרזודורים/הפרעות קצב <input type="radio"/></p> <p>מחלות מסתמים: <input type="radio"/> מיטראלי <input type="radio"/> פולמונרי (ריאתי) <input type="radio"/></p> <p>אורטלי <input type="radio"/> יותר ממסתם אחד <input type="radio"/></p> <p>מחלת/בעיית לב אחרת, פרט - <input type="radio"/></p> <p>נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג.</p> <p>2. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>1. מהי המחלה/הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת? התקף לב <input type="radio"/></p> <p>מחלת לב איסכמית <input type="radio"/></p> <p>אנגינה פקטוריס <input type="radio"/></p> <p>מומי לב מולדים, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ואקו לב. <input type="radio"/></p> <p>קרדיומיופתיה - נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ותוצאות בדיקות קרדיולוגיות. <input type="radio"/></p> <p>צנתור <input type="radio"/> צנתור עם בלון <input type="radio"/> צנתור עם בלון וסטנט <input type="radio"/></p> <p>אי-ספיקת לב <input type="radio"/></p>	<p>[4]</p> <p>שאלון לב</p>
<p>2. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>אם אינך מטופל תרופתית ו/או אתה צעיר מגיל 30, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>1. רשום ערך עדכני (לאחר הטיפול) _____</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p>[5]</p> <p>שאלון יתר לחץ דם</p>
<p>3. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>4. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p>1. <input type="radio"/> כולסטרול - רשום ערך עדכני - _____</p> <p>2. <input type="radio"/> טריגליצרידים - רשום ערך עדכני - _____</p>	<p>[6]</p> <p>שאלון כולסטרול טריגליצרידים</p>
<p>2. בעייה אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - <input type="checkbox"/> וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>אם אתה סובל/סבלת מיותר מתופעה אחת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> דליות (בוורידים הרגליים) <input type="radio"/> קרוטיס (בעורקי הצוואר) <input type="radio"/> DVT (פקקת/טרומבозה) <input type="radio"/> PVD (מחלת כלי דם היקפיים)</p>	<p>[7]</p> <p>שאלון מחלת כלי-דם</p>
<p>3. האם קיימת פגיעה באיבר כלשהו עקב המחלה? <input type="checkbox"/> כן, פרט - <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>4. האם אתה מטופל? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p>	<p>1. מתי נתגלתה המחלה? _____</p> <p>2. האם היו לך התקפים ב-3 השנים האחרונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p>	<p>[8]</p> <p>שאלון FMF</p>
<p>2. מתי היה האירוע האחרון של התופעה? _____</p> <p>3. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - <input type="checkbox"/></p> <p>סוג הניתוח _____ בתאריך _____</p> <p>4. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - <input type="checkbox"/></p> <p>האם ב- <input type="radio"/> קורטיזון <input type="radio"/> אחר, נא רשום - _____</p> <p>5. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> אולקוס (כיב) בקיבה <input type="radio"/> אולקוס (כיב) בתרסריון <input type="radio"/> גסטריטיס <input type="radio"/> רפלוקס בדרכי העיכול <input type="radio"/> מעי רגז <input type="radio"/> אבנים בדרכי/כיס המרה, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, האם הוצא כיס המרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> קרון <input type="radio"/> קוליטיס <input type="radio"/> אחר</p>	<p>[9]</p> <p>שאלון מערכת העיכול</p>

31984:23 09/2021

טופס מספר 7005071 5/2011 דף מס 2 ר"ה

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים

<p>1. מה הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> צהבת או נשאות של נגיף הצהבת (הפטיטיס) מסוג: <input type="radio"/> צהבת A <input type="radio"/> צהבת B <input type="radio"/> צהבת C <input type="radio"/> צהבת D <input type="radio"/> צהבת E נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות מעודכנות של בדיקות תפקודי כבד. <input type="radio"/> צהבת ילודים, האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, <input type="radio"/> # שחמת <input type="radio"/> מחלת כבד אחרת, פרט - _____ נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, תוצאות מעודכנות של בדיקת תפקודי כבד וסרולוגיה להפטיטיס.</p>	<p>[10]</p> <p>שאלון צהבת וכבד</p>
<p>2. מתי התגלתה המחלה? 3. האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>

<p>1. האם אתה סובל/סבלת מגידול? <input type="radio"/> כן, הגידול היה <input type="radio"/> שפיר <input type="radio"/> ממאיר, אם הגידול ממאיר, נא צרף מכתב עדכני מהאונקולוג המטפל ותוצאות בדיקה היסטולוגית. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ <input type="radio"/> לא, האם אתה סובל/סבלת מ: <input type="radio"/> תת פעילות <input type="radio"/> ציסטה <input type="radio"/> יתר פעילות <input type="radio"/> השימוטו <input type="radio"/> גויטר (זפק) <input type="radio"/> תופעה אחרת 2. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן 3. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[11]</p> <p>שאלון בלוטת המגן (תריס)</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>

<p>1. האם סוכרת תלווית אינסולין? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בו יפורט האם קיימת פגיעה באברי מטרה. 2. האם מחלת הסוכרת מטופלת? <input type="radio"/> כן, פרט - _____ א. מה רמת הסוכר? _____ ב. כיצד אתה מטופל? <input type="radio"/> בתרופות <input type="radio"/> בדיאטה ג. מתי נתגלתה המחלה? _____ <input type="radio"/> לא, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>[12]</p> <p>שאלון סוכרת</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>

<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> דלקות חוזרות בדרכי השתן, רשום את מספר ההתקפים _____ ומתי היה האירוע האחרון _____ <input type="radio"/> רפלוקס דרכי השתן <input type="radio"/> אי-ספיקת כליות <input type="radio"/> תסמונת נפרוטית - נא צרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל. <input type="radio"/> ציסטות בכליות - נא צרף תוצאות בדיקת תפקודי כליות, ומכתב עדכני מנפרולוג מטפל. <input type="radio"/> אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן האם: <input type="radio"/> בכליה אחת <input type="radio"/> בשתי כליות סוג הטיפול: <input type="radio"/> לא טופל <input type="radio"/> טיפול תרופתי מתאריך _____ האם עדיין נוטל תרופות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> ניתוח מתאריך _____ <input type="radio"/> ריסוק בלייזר מתאריך _____ האם על-פי הבדיקות האחרונות, הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> # כליות פוליציסטיות</p>	<p>[13]</p> <p>שאלון כליות ודרכי השתן</p>
<p>2. מתי התגלתה הבעיה? _____ <input type="radio"/> אחר, פרט - _____ וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>

<p>1. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ 2. רשום מתי נתגלתה המחלה? _____ 3. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> גידול שפיר <input type="radio"/> גידול ממאיר <input type="radio"/> בלוטת מוגדלת</p>	<p>[14]</p> <p>שאלון בלוטת הערמונית</p>
<p>אם מדובר בגידול ממאיר או אם עברו פחות משנתיים מאז שעברת את הניתוח - נא לצרף מכתב עדכני מהאורולוג המטפל עם התייחסות לערכי PSA עדכניים ותוצאות בדיקה היסטולוגית.</p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים

[15]

שאלון נשים

1. רחם
 א. מהי התופעה ממנה את סובלת/סבלת?
 ציסטה או גידול שפיר: מועד האירוע האחרון _____
 מיומה צניחת רחם דימום ברחם
 # מחלת צוואר הרחם / CIN
 סרטן, נא צייני מועד סיום הטיפולים _____ אם חלפו 3 שנים מתום הטיפולים נא לצרף מכתב עדכני מהרופא עם התייחסות לטיפול, ולמצב כיום.
 ב. האם עברת כריתת רחם לא כן ← סיבה הכריתה:
 הבעיה המוצהרת בעיה אחרת - נא פרטי (סיבה ומועד הניתוח)
 ג. מתי התגלתה הבעיה לראשונה (תאריך) _____
 2. שדיים
 א. מהי התופעה ממנה את סובלת או סבלת:
 שדיים פיברוציסטיים
 ציסטה או גידול שפיר - באיזה צד: ימין שמאל
 האם מדובר באירוע חד פעמי? כן לא
 הגלית חזה הקטנת חזה מתי _____
 סרטן שד, נא צייני מועד סיום הטיפולים אם חלפו 3 שנים מתום הטיפולים נא לצרף מכתב עדכני מהרופא עם התייחסות לטיפול, ולמצב כיום.
 כריתת שדיים מניעתית צד אחד שני הצדדים
 ב. מתי התגלתה הבעיה לראשונה (תאריך) _____
 3. שחלות חצוצרות:
 א. מהי התופעה ממנה את סובלת או סבלת:
 ציסטה או גידול שפיר באיזה צד: ימין שמאל
 האם מדובר באירוע חד פעמי? כן לא
 מועד האירוע האחרון _____
 # שחלות פוליציסטיות
 סרטן, נא צייני מועד סיום הטיפולים _____ אם חלפו 3 שנים מתום הטיפולים נא לצרף מכתב עדכני מהרופא עם התייחסות לטיפול, ולמצב כיום.
 ב. האם עברת כריתה: לא כן איזה צד ימין שמאל
 שני הצדדים
 סיבה הכריתה: הבעיה המוצהרת היריון מחוץ לרחם
 בעיה אחרת - נא פרטי (סיבה ומועד הניתוח) _____
 ג. מתי התגלתה הבעיה לראשונה (תאריך) _____
 4. אחר: היריון מחוץ לרחם הפלות חוזרות אחר: פרטי _____
 וצרפי מכתב מהרופא הגינקולוג המטפל, תוצאות בדיקות רפואיות (כולל בדיקה היסטולוגית) וסיכומי מחלה/ניתוח.
 א. מתי התגלתה הבעיה לראשונה (תאריך) _____

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[16]

שאלון גידולי עור

1. אם הגידול ממאיר רשום סוג?
 SCC BCC אחר, פרט - _____
 וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות בדיקה פתולוגית.
 2. אם הגידול שפיר:
 א. מתי נתגלה הגידול? _____
 ב. רשום כמה גידולים היו _____
 אם עברו פחות משנתיים מעת גילוי הגידול - נא לצרף מכתב עדכני מרופא העור המטפל ותוצאות בדיקה היסטולוגית.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[17]

שאלון ירידה בעצם ואוסטאופורוזיס

1. האם אתה מקבל טיפול? לא כן, ב- תזונה מיוחדת ויטמינים
 תרופות, האם סבלת משברים ב-3 שנים האחרונות? לא כן, נא למלא שאלון שברים מספר [18].
 3. מתי התגלתה הבעיה? _____

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[18]

שאלון עצמות ושברים

1. א. האם סבלת משבר? באיזה אבר?
 גולגולת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
 אף
 כתף ימין
 כתף שמאל
 שתי הכתפיים
 צלעות
 כף יד ימין
 כף יד שמאל
 שורש כף יד ימין
 שורש כף יד שמאל
 מרפק ימין
 מרפק שמאל
 יד ימין
 יד שמאל
 אצבעות ידיים
 בהונות רגליים
 חוליות עמוד שדרה גבי
 חוליות עמוד שדרה מותני
 חוליות עמוד שדרה צוואר
 אגן ירכיים
 מפרק ירך ימין
 מפרק ירך שמאל
 ברך ימין
 ברך שמאל
 שתי הברכיים
 קרסול ימין
 קרסול שמאל
 רגל ימין
 רגל שמאל
 כף רגל ימין
 כף רגל שמאל
 אחר
 ב. מתי אירע השבר? _____
 ג. האם עברת ניתוח? לא כן, פרט - _____
 סוג הניתוח _____
 בתאריך _____
 ד. מה המצב היום? תקין קיימת מגבלה בתנועה
 קיימת נכות, רשום % הנכות _____
 2. האם סובל ממחלה בעצמות? לא כן
 נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם הערכה על התפקוד היומיומי והטיפול שניתן.
 3. תופעה אחרת, פרט - _____
 4. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה המוצהרת?
 לא כן, אחוז הנכות _____
 5. מתי התגלתה הבעיה? _____

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים

<p>1. באיזה איבר הבעיה? <input type="radio"/> כתף ימין <input type="radio"/> כתף שמאל</p> <p>2. האם הבעיה במפרק היא? <input type="radio"/> שחיקה <input type="radio"/> פריקה, כמה זמן עבר מהפריקה _____ <input type="radio"/> ניתוח, כמה זמן עבר מהניתוח _____ <input type="radio"/> מחלות מפרקים, נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם הערכה למפרקים פגועים ועל התפקוד היומיומי והטיפול שניתן.</p> <p>3. האם הומלץ או מיועד לעבור ניתוח במפרק? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>4. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[19]</p> <p>שאלון בעיות מפרקים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. באיזה ברך הבעיה: <input type="radio"/> ברך ימין <input type="radio"/> ברך שמאל <input type="radio"/> שתי הברכיים</p> <p>2. האם נותחת או עברת ארטרוסקופיה בברך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>3. האם אתה סובל מכאבים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>4. האם קיימת מגבלה בתנועה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>5. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זאת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>6. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[20]</p> <p>שאלון ברכיים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהי הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> בלט או פריצת דיסק באזור: <input type="radio"/> צווארי <input type="radio"/> גבי <input type="radio"/> מותני תחתון, עקמת</p> <p>2. האם קיימת מגבלה בתנועה? _____</p> <p>3. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זאת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>4. האם נעדרת מהעבודה בגין הבעיה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>5. מתי התגלתה הבעיה? _____</p> <p>וצרף מכתב עדכני מהאורטופד המטפל ותוצאות בדיקות רפואיות.</p>	<p>[21]</p> <p>שאלון גב - עמוד שדרה</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, מתי הופסק הטיפול התרופתי (תאריך) _____</p> <p>2. האם בחצי השנה האחרונה היו לך התקפים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>3. רשום מתי היה ההתקף האחרון? _____</p> <p>4. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[22]</p> <p>שאלון אפילפסיה</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם האשפוז או הניתוח קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> נא למלא שאלון מתאים</p> <p>2. מהי סיבת האשפוז או הניתוח?</p> <p>לידה <input type="radio"/> # התייבשות <input type="radio"/> דלקת בדרכי הנשימה <input type="radio"/> אפנדיציט <input type="radio"/> דלקת בדרכי השתן <input type="radio"/> חום <input type="radio"/> # דלקת קרום המוח <input type="radio"/> דלקת גרון <input type="radio"/> דלקת ריאות <input type="radio"/> גסטריטיס/שלשול/דיזנטריה <input type="radio"/> דלקת בדרכי הנשימה <input type="radio"/> אפנדיציט <input type="radio"/> חום <input type="radio"/> דלקת גרון <input type="radio"/> דלקת ריאות <input type="radio"/> גסטריטיס/שלשול/דיזנטריה</p> <p>3. האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> אם כן - נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>[23]</p> <p>שאלון אשפוזים וניתוחים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים

[24]

שאלון תאונות/נכות

1. רשום את סוג התאונה? דרכים עבודה צבא אחר, פרט - _____
2. תאריך התאונה? _____
3. האם הייתה פגיעה באיבר כלשהו? לא כן, נא סמן את האיברים שנפגעו/ו:
 - גולגולת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
 - אף שורש כף יד ימין
 - כתף שמאל שורש כף יד שמאל
 - כתף ימין מרפק ימין
 - שתי הכתפיים מרפק שמאל
 - צלעות יד ימין
 - כף יד ימין יד שמאל
 - כף יד שמאל אצבעות ידיים
4. האם עבר ניתוח? לא כן
מה המצב כיום? תקין קיימת מגבלה, נכות, אחוז הנכות הוא _____
האם הוגשה תביעה לנכות? לא כן

- בהונות רגליים
- חוליות עמוד שדרה גבי
- חוליות עמוד שדרה מותני - תחתון
- חוליות עמוד שדרה צווארי
- אגן ירכיים
- מפרק ירך ימין
- מפרק ירך שמאל
- ברך ימין
- ברך שמאל
- שתי הברכיים
- קרסול ימין
- קרסול שמאל
- רגל ימין
- רגל שמאל
- אחר

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[25]

שאלון הפרעת נפש/מחלת נפש

1. האם אובחנת כסובל מאחת מן המחלות שלהלן? שסעת (סכיזופרניה) מחלה אפקטיבית ביפולרית (מניה דיפרסיה) מחלה אפקטיבית אוניפולרית (דיכאון) מחלת נפש אחרת, פרט _____
2. האם אתה מטופל תרופתית? לא כן, רשום את סוג התרופה/ות באותיות לועזיות _____
3. האם אושפזת במחלקה או בבית חולים פסיכיאטרי במהלך הטיפול במחלתך? לא כן, כמה פעמים אושפזת? _____
4. נא רשום את תאריך האשפוז האחרון _____
5. מתי הייתה הפעם האחרונה שסבלת מן המחלה? (רשום תאריך) _____
6. האם היו ניסיונות התאבדות? לא כן _____
7. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו? לא כן, אחוז הנכות _____
7. מתי התגלתה הבעיה? _____

נא צרף מכתב עדכני מפסיכיאטר, הכולל: אבחנה רפואית למחלת הנפש, דרגת חומרת המחלה, מספר התקפים שהיו, תאריך התקף אחרון, כיצד מטופל באופן קבוע, מה מיון התרופה/ות, הערכה פסיכיאטרית המתייחסת למצב הקוגניטיבי, הנפשי, התפקודי ומה הפרוגנוזה והסיכוי להישנות המחלה.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[26]

שאלון עישון

מבוטח ראשי	ליום שנוהג לעשן כמות סיגריות	כמה שנים מעשן	אם הפסקת לעשן לפני כמה שנים	חתימה
בן/בת זוג				
ילדים 1				
2				
3				
4				
5				

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[27]

שאלון במשפחה

סמן ב-✓ במקום המתאים	מחלות לב			סרטן			סוכרת			הפרעה נפשית			ניסיון התאבדות			
	לא	כן	ביגל	לא	כן	ביגל	לא	כן	ביגל	לא	כן	ביגל	לא	כן	ביגל	
אב																
אם																
אח/אחות																
אח/אחות																
בן/בת																
בן/בת																

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים

ברכישת כיסוי מחלות קשות לתינוק עד גיל חצי שנה, או ברכישת סכום ביטוח הגבוה מ-300,000 ₪ לתינוק עד גיל שנה, יש לענות על השאלות הבאות

[28]

**שאלון
למחלות
קשות –
מענקית
זהב**

האם התינוק/ת:

1. נולד/ה פג/ה או שהה לאחר הלידה בפגייה?
2. אושפז/ה בטיפול נמרץ או מחלקה אחרת (שאינה מחלקת ילודים)?
3. ממתין/ה לתוצאות בדיקות שבוצעו בביה"ח או הומלץ לבצע לאחר השחרור?
4. בתהליך ברור/ מעקב רפואי אצל רופא מומחה או מרפאת פגים
5. האם, למיטב ידיעתך, הורים/אחים של התינוק אובחנו במחלות הבאות:
 - סיסטיק פיברוזיס?
 - קדחת ים תיכונית?
 - מחלה תורשתית?
 - איידס או נשאות איידס?

- לא כן
 לא כן
 לא כן
 לא כן

 לא כן
 לא כן
 לא כן
 לא כן

במקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות, יש להעביר תעודה מהרופא המטפל המתייחס לבעיה בצירוף תוצאות בדיקות שנערכו בנושא

_____ תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח

ברכישת כיסוי מחלות קשות לתינוק עד גיל חצי שנה, או ברכישת סכום ביטוח הגבוה מ-300,000 ₪ לתינוק עד גיל שנה, יש לענות על השאלות הבאות

[29]

**שאלון
למענקית
סרטן**

האם התינוק/ת:

1. אושפז/ה בטיפול נמרץ או מחלקה אחרת (שאינה מחלקת ילודים)?
2. ממתין/ה לתוצאות בדיקות שבוצעו בביה"ח או הומלץ לבצע לאחר השחרור?
3. בתהליך ברור/ מעקב רפואי אצל רופא מומחה או מרפאת פגים

- לא כן
 לא כן
 לא כן

במקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות, יש להעביר תעודה מהרופא המטפל המתייחס לבעיה בצירוף תוצאות בדיקות שנערכו בנושא.

_____ תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח