

| | | |
|-----|------|----|
| גיל | ת.ז. | שם |
| | | |

בשאלות בהן קיימת אופציה לסימון תשובה, יש להקיף בעיגול.

- 1. כמות:**
אנא ציין מספר מנות אלכוהול ביום:
- 2. סוג:**
ציין סוג המשקאות אותם הינך צורך:
- 3. תדירות:**
האם צריכת האלכוהול הינה על בסיס יומי? כן / לא
אם לא - באיזו תדירות הינך צורך?

מספר שנות צריכה:
- 4. גמילה:**
האם הוגדרת בעבר או כיום כמכור לאלכוהול או עם צריכת יתר של אלכוהול? כן / לא
האם עברת גמילה או טיפול אחר בהקשר של צריכה אלכוהול? כן / לא
אם כן, נא לציין מתי ושם מוסד בו נגמלת:

מחלה/פגיעה כתוצאה מהתמכרות לאלכוהול? כן / לא

(יש להעביר דוח מעקב גמילה, דוח רופא מטפל כולל רשימת אבחנות וטיפולים, תוצאות בדיקות דם ושתן הכוללות תפקוד כבד, תפקודי כליות, סרולוגיה להפטיטיס)
- 5. תעסוקה:**
כמה זמן הינך מועסק ע"י המעסיק הנוכחי?

כמה מעסיקים עברת בחמש השנים האחרונות?



חתימה:

תאריך: