

שם הסוכן:

1 שאלון עישון

<input type="checkbox"/> הינני מעשן בהווה, כמות שלי:	<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר.
סיגריות ליום, במשך שנות עישון.	עד לתאריך זה, עישנתי כמות של סיגריות ליום במשך שנים.
תאריך שם המבוטח מספר זהות חתימת המבוטח /	

2 שאלון צריכת אלכוהול

1. כמות: אנא ציין מספר מנות אלכוהול ביום:
2. סוג: אנא ציין סוג המשקאות אותם הינך צורך:
3. תדירות: האם צריכת האלכוהול הינה על בסיס יומי? כן / לא אם לא - באיזו תדירות הינך צורך?
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:
(יש להעביר דוח מעקב גמילה, דוח רופא מטפל כולל רשימת אבחנות וטיפולים, תוצאות בדיקות דם ושתי הכוללות תפקוד כבד, תפקודי כליות, סרולוגיה להפטיטיס)
5. תעסוקה: כמה זמן הינך מועסק ע"י המעסיק הנוכחי?
כמה מעסיקים עברת בחמש השנים האחרונות?
תאריך שם המבוטח מספר זהות גיל חתימת המבוטח /

3 שאלון לב

1. מהי המחלה/בעיה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="checkbox"/> התקף לב / אוטם שריר הלב <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> אנגינה פקטוריס <input type="checkbox"/> מומי לב מולדים, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ואקו לב. <input type="checkbox"/> קרדיומיופתיה נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ותוצאות בדיקות קרדיולוגיות. <input type="checkbox"/> צנתור <input type="checkbox"/> צנתור עם בלון <input type="checkbox"/> צנתור עם בלון וסטנט	<input type="checkbox"/> אי-ספיקת לב <input type="checkbox"/> מושתל לב <input type="checkbox"/> פלפיטציות <input type="checkbox"/> פרפור פרוזודורים/הפרעות קצב <input type="checkbox"/> מחלות מסתמים (יש להעביר דוח מעקב אחרון מקרדיולוג כולל אקו לב עדכני) <input type="checkbox"/> מחלת/בעיית לב אחרת, פרט:
2. מתי התגלתה הבעיה?	נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג.
תאריך שם המבוטח מספר זהות חתימת המבוטח /	

4 שאלון יתר לחץ דם

1. רשום ערך עדכני (לאחר הטיפול)
2. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם אינך מטופל תרופתית ו/או הינך מתחת לגיל 30, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
3. מתי התגלתה הבעיה?
4. האם נתגלתה מחלת רקע כגורם ללחץ הדם הגבוה? <input type="checkbox"/> כן* <input type="checkbox"/> לא
5. פגיעה באיברי מטרה (עיניים, לב, כליות)? <input type="checkbox"/> כן* <input type="checkbox"/> לא
*נא לצרף דוח רופא מטפל כולל התיחסות לגורם ללחץ הדם הגבוה, טיפול, מדדים עדכניים, פירוט פגיעה באיברי מטרה ומצב כיום.
תאריך שם המבוטח מספר זהות חתימת המבוטח /



שם הסוכן:

5 שאלון מחלת כלי דם

1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?
 דליות (בוורידים הרגליים) קרוטיס (בעורקי הצוואר) DVT (פקקת/טרומבозה) PVD (מחלת כלי דם היקפיים)

2. בעיה אחרת? לא כן*

3. מתי התגלתה הבעיה?

4. האם עברת ניתוח? כן* לא

*יש לצרף דוח עדכני מרופא המטפל בבעיה, כולל אבחנה מדויקת, טיפול ומצב כיום.

תאריך: שם המבוטח: מספר זהות: חתימת המבוטח: /

6 שאלון סוכרת

1. כיצד אתה מטופל? איני מטופל* אני מטופל בדיאטה בלבד אני מטופל באינסולין* אני מטופל בכדורים, פירוט:

2. מה רמת הסוכר בדם (על פי בדיקות מ-6 חודשים אחרונים)? רמת HbA1C
 אם ערך הגלוקוז עולה על 150 או ערך HbA1C גבוה מ-8, יש להעביר דוח רפואי*

3. מתי התגלתה המחלה?

4. האם ידוע לך על פגיעה באיברי מטרה (עיניים, כליות, לב, עצבים)? כן* לא

*נא לצרף דוח רופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, מדדי לחץ דם, התיחסות לפגיעה באיברי מטרה, כולל בדיקות דם ושתן מלאות.

תאריך: שם המבוטח: מספר זהות: חתימת המבוטח: /

7 שאלון צהבת וכבד

1. מהי הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?
 צהבת או נשאות של נגיף הצהבת* (הפטיטיס) מסוג: A B C D צהבת E
 צהבת ילודים, האם הבעיה עדיין קיימת? לא כן*
 שחמת*
 כבד שומני
 מחלת כבד אחרת*, פרט -

*נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, תוצאות מעודכנות של בדיקות תפקודי כבד וסרולוגיה להפטיטיס.

2. מתי התגלתה המחלה?

3. האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? לא כן

תאריך: שם המבוטח: מספר זהות: חתימת המבוטח: /

8 שאלון עצמות ושברים

1. האם סבלת משבר? באיזה איבר?
 גולגולת - מרפק ימין
 נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. מרפק שמאל
 אף יד ימין
 כתף ימין יד שמאל
 כתף שמאל אצבעות ידיים
 שתי כתפיים בהונות רגליים
 צלעות חוליות עמוד שדרה גבי
 כף-יד ימין חוליות עמוד שדרה מותני
 כף-יד שמאל אגן ירכיים
 שורש כף יד ימין מפרק ירך ימין
 שורש כף יד שמאל מפרק ירך שמאל

2. מתי אירע השבר?

3. האם עברת ניתוח? לא כן, פרט:
 סוג הניתוח: בתאריך:

4. מה המצב היום?
 תקין קיימת מגבלה בתנועה קיימת נכות, רשום % נכות:

5. האם אתה סובל ממחלה בעצמות? לא כן*

6. תופעה אחרת* - פרט:

*נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בבעיה כולל אבחנה, הערכה תפקודית, חומרה, טיפול ומצב כיום.

תאריך: שם המבוטח: מספר זהות: חתימת המבוטח: /

טווחי והראל 27664.34 06/2020

שם הסוכן:

9 שאלון בעיות מפרקים

1. באיזה איבר הבעיה?
 כתף ימין
 כתף שמאל
 מרפק ימין
 מרפק שמאל
 שורש כף-יד ימין
 שורש כף-יד שמאל
 מפרק ירך ימין
 מפרק ירך שמאל
 קרסול ימין
 קרסול שמאל
 ברכיים (יש למלא שאלון ברכיים)

2. האם הבעיה במפרק היא: שחיקה פריקה אחר, פרט.....
 כמה זמן עבר מהפריקה? והאם המצב תקין כן לא
 פריקות חוזרות? כן לא
 ניתוח, כמה זמן עבר מהניתוח? והאם המצב תקין כן לא
 מחלת מפרקים - נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם הערכה למפרקים פגועים ועל התפקוד היומיומי והטיפול שניתן.
 שבר

3. האם הומלץ או מיועד לעבור ניתוח במפרק? כן לא

4. מתי התגלתה הבעיה?

תאריך..... שם המבוטח..... מספר זהות..... חתימת המבוטח.....

10 שאלון ברכיים

1. באיזה ברך הבעיה? ברך ימין ברך שמאל שתי הברכיים
 א. האם נותחת / עברת ארטרוסקופיה בברך? לא כן
 ב. מה היתה האבחנה: קרע ברצועה קרע במיניסקוס
 אחר, פרט:

5. האם נקבעו אחוזי נכות בעקבות בעיה זאת? לא כן,
 אחוז נכות.....
 6. אחר, פרט.....
 7. מתי התגלתה הבעיה?

3. האם אתה סובל מכאבים? לא כן
 4. האם קיימת מגבלה בתנועה? לא כן

תאריך..... שם המבוטח..... מספר זהות..... חתימת המבוטח.....

11 שאלון גב ועמוד שדרה

1. מהי הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?
 בלט או פריצת דיסק באזור: צווארי גבי מותני תחתון
 עקמת
 כמה מעלות? האם סובל מכאבים או מגבלה? כן לא
 אחר, פרט -
 וצרף מכתב עדכני מהאורטופד המטפל ותוצאות בדיקות רפואיות.

2. האם קיימת מגבלה בתנועה?

3. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זאת?
 לא כן, אחוזי הנכות.....%

4. האם נעדרת מהעבודה בגין הבעיה? לא כן
 פרט לאיזו תקופה: באיזו שנה:

5. מתי התגלתה הבעיה?

6. האם מאז האירוע ה"ל, הבעיה חזרה? לא כן,
 פרט מתי:

תאריך..... שם המבוטח..... מספר זהות..... חתימת המבוטח.....

12 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:

<input type="checkbox"/> גולגולת -	<input type="checkbox"/> כף-יד ימין	<input type="checkbox"/> אצבעות ידיים
<input type="checkbox"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.	<input type="checkbox"/> כף-יד שמאל	<input type="checkbox"/> בהונות רגליים
<input type="checkbox"/> אף	<input type="checkbox"/> שורש כף יד ימין	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה גבי
<input type="checkbox"/> כתף ימין	<input type="checkbox"/> שורש כף יד שמאל	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה מותני - תחתון
<input type="checkbox"/> כתף שמאל	<input type="checkbox"/> מרפק ימין	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה צווארי
<input type="checkbox"/> שתי כתפיים	<input type="checkbox"/> מרפק שמאל	<input type="checkbox"/> אגן ירכיים
<input type="checkbox"/> צלעות	<input type="checkbox"/> יד ימין	<input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין
	<input type="checkbox"/> יד שמאל	<input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל

4. האם עברת ניתוח? לא כן
 5. מה המצב כיום? תקין קיימת מגבלה
 6. האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות? לא כן, אחוזי הנכות שנקבעו: %.....
 7. האם נעדרת מהעבודה לאחר התאונה/ בעקבות הנכות? לא כן, פרט לכמה זמן:

תאריך..... שם המבוטח..... מספר זהות..... חתימת המבוטח.....

שם הסוכן:

13 שאלון אשפוזים וניתוחים

<p>1. האם האשפוז או הניתוח קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - נא למלא שאלון מתאים.</p> <p>2. מהי סיבת האשפוז או הניתוח? <input type="checkbox"/> לידה <input type="checkbox"/> דלקת ריאות <input type="checkbox"/> דלקת אוזניים <input type="checkbox"/> אפנדיציט <input type="checkbox"/> התייבשות <input type="checkbox"/> גסטריטיס/שלשול/דיזינטריה <input type="checkbox"/> חום <input type="checkbox"/> דלקת בדרכי השתן <input type="checkbox"/> דלקת בדרכי הנשימה <input type="checkbox"/> דלקת גרון <input type="checkbox"/> דלקת קרום המוח</p> <p>3. האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן - נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>4. אשפוזים חוזרים בשל אותה בעיה רפואית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף מסמך רפואי מרופא המטפל כולל אבחנה, טיפול ומצב כיום.</p>	<p>אחר: מתי אושפזת? <input type="checkbox"/> מספר ימי האשפוז?</p> <p>הסיבה לאשפוז?</p>
<p>תאריך שם המבוטח מספר זהות חתימת המבוטח /</p>	