



גליון בדיקה אצל רופא – הצהרת בריאות

פרטי סוכן/יועץ		
שם סוכן/יועץ	מס' סוכן/יועץ	סוכנות

This declaration, which constitutes an integral part of the medical examination, is only to be completed by the doctor.
Kindly provide clear and full answers to the following questions. No lines or marks whatsoever are to be used instead of words.

הצהרה זו תמולא ע"י הרופא בלבד ומהווה חלק בלתי נפרד מבדיקה רפואית.
נא לענות על כל השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות, אין להשתמש בקווים או בסימנים כלשהם במקום מילים.

פרטי המועמד לביטוח					
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	שם רופא מטפל	מקצוע	עיסוק	טלפון	נייד

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישינו ברשותך בקבוצת הפניקס

לא	כן	הצהרת בריאות מלאה – הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 האם מונה לך אפוטרופוס על רקע רפואי? במידה והתשובה חיובית שאלה לאפוטרופוס, נא פרט: _____ הסיבה בגינה מונה אפוטרופוס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם המועמד אובחן עם פיגור שכלי, אלצהיימר, אוטיזם (Autism Spectrum Disorder) (ASD)? גובה, משקל לנשים: האם הינך בהריון?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? - אם כן, נא הסבר: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם היה במשפחתך (הורים, ילדים, אחים) מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטן, מחלות נפש, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 55? - אם כן, נא פרט: גיל _____ קירבה _____ סיבה _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם יש או הייתה לך נכות קבועה/ צמיתה או זמנית (זמנית ב- 5 שנים האחרונות) או הינך בהליך קביעת נכות או בעל מום מולד? קבועה <input type="radio"/> זמנית <input type="radio"/> טרם נקבעה אחוז הנכות % _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ- 3 שבועות? - אם כן, נא פרט שם תרופה _____ סיבה _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 האם עברת ניתוח ב- 10 השנים האחרונות או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת ב- 5 השנים האחרונות? אם כן, נא פרט: מועד _____ / _____ / _____ משך האשפוז _____ סוג ניתוח/סיבת אשפוז _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? - אם כן, נא פרט: סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה _____ / _____ / _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? האם הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן, נא פרט: מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 האם סבלת בשנה האחרונה מהירדרות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי שהתבטא בהפרעות זיכרון, קשיים בביטוי שפתי (דיבור), ליקוי אוריינטציה (ליקויהתמצאות, איבוד דרך ולא הצלחת להגיע ליעדך), בלבול בזמן או בתאריך?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11 האם עברת ב- 5 השנים האחרונות בדיקה או הינך מועמד לבדיקה כולל רנטגן, US (אולטרסאונד), MRI, CT, אקו לב, צינתור, מיפוי, בדיקת מאמץ (ארגומטריה), דופלר, גסטרוסקופיה או קולונוסקופיה, ציסטוסקופיה, היסטרוסקופיה או ביופסיה? - אם כן, נא פרט: מועד _____ / _____ / _____ סוג הבדיקה _____ תוצאות _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 האם בשנה האחרונה נעדרת מהעבודה מעל- 21 ימים ברציפות או מעל 30 ימים לא ברציפות בשל מצב רפואי?

שאלון מחלות		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א האם אי פעם אובחנת או סבלת ממחלת לב כלשהי כגון מחלת לב איסכמית, הפרעות קצב, הפרעות במסתמי הלב, מום לב מולד, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב? מחלות לב
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת כלי דם או מחלת דם כלשהי, כגון יתר לחץ דם, מפרצת, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, אנמיה, פוליציטמיה, בעיות בטסיות או בכדוריות דם לבנות, טלסמיה, מיאלומה, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תסחיף, טחול מוגדל, כשל חיסוני), APLA, תת קרישיו מיאלומה? מחלות כלי דם / מחלות דם
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג האם אי פעם אובחנת או סבלת מגידול שפיר או ממאיר/גידול סרטני כלשהו כולל סרטן עור, מלנומה וגידולים המטולוגיים (לוקמיה או לימפומה)? מחלה ממארת / גידול סרטני או גידול שפיר
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת כליות ודרכי שתן כלשהי כגון אבנים, ציסטות בכליות, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, הידרונופוזיס, האם טופלת או הינך מטופל בדיאליזה, הגדלת ערמונית (פרוסטטה) PSA מוגברת? מחלות כליות ודרכי השתן

הצהרת בריאות - המשך	
ה	מחלות זיהומיות האם סבלת או אובחנת במהלך 5 השנים האחרונות כנשא של מחלת זיהומית כלשהי כולל איידס (HIV), צהבת זיהומית (B, C או D הפטיטיס)?
ו	מחלות עור האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת עור כגון פסוריאזיס או פמפיוגוס?
ז	מחלות חילוף חומרים האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת חילוף חומרים או הפרעה בתפקוד בלוטות כלשהי כגון סוכרת, סוכר גבוה (טרומ סוכרת), יתר שומנים בדם, גאוס, ליקוי בתפקוד שחלות או אשכים, עודף או חסר בהרמוני מין, אנדומטריוזיס?
ח	מחלות דרכי העיכול האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת דרכי עיכול כלשהי כגון מחלות מעי דלקתיות (קרון, אולצריטיב קוליטיס), מעי רגז, דימום רקטלי, בקע (מפשעתי, טבורי, סרעפתי)?
ט	מחלות כבד, צהבת, כיס מרה, לבלב האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת כבד/ לבלב כלשהי כגון הפרעה בתיפקודי כבד, שחמת (צירוזיס), אי ספיקת כבד, פנקריאטיטיס (דלקת לבלב)?
י	מחלות דרכי הנשימה / ריאה האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת נשימה כלשהי כגון אסטמה, אמפיזמה (נפחת), מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), ברונכיט כרונית, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימה בשינה, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, שיעול ממושך (מעל 3 שבועות), שיעול דמי?
יא	מחלות מערכת החושים האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת חושים כלשהי כגון עיוורון (מלא, חלקי), קטרקט, גלאוקומה, קרטוקונוס, היפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, ליקוי שיווי משקל. האם הינך בעל לקות ראייה של מעל 6/12 או מספר משקפיים (דיופטריה) מעל 6?
יב	מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגיות האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות מהפרעה כלשהי במערכת שלד/ פרקים או מחלה ראומטולוגית כגון כאבי גב, בלט דיסק, פריצת דיסק, דלקת פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס), קרע שריר/ רצועה/ גיד/ מניסקוס, זאבת (לופוס), פיברומיאליגיה, FMF (דלקת ים תיכונית)?
יג	מחלות מערכת העצבים האם <u>אי פעם</u> אובחנת או סבלת ממחלת מערכת העצבים (ניורולוגית) כלשהי כגון פרקינסון, טרשת נפוצה (MS), אירוע מוחי (שבץ מוחי, CVA או TIA), שיתוק או חולשה בגפיים, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים (יותר מ- 4 פעמים בחודש), ליקויי קואורדינציה?
יד	מחלות נפשיות האם אובחנת במהלך 5 השנים האחרונות עם בעיה או מחלה נפשית כלשהי כגון דיכאון, חרדה, פאניקה, הפרעת דחק בתר חבלתית (פוסט טראומה, PTSD), הפרעה דו קוטבית (הפרעה בי פולרית, מאניה דיפרסיה), סכיזופרניה, פסיכוזה?

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך	
1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה
5. נכויות/פציעות	6. דרכי העיכול
7. גידולים	8. בעיות נפשיות
9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי

חתימה	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	X
תאריך	שם פרטי
שם משפחה	ת.ז.
חתימת המועמד לביטוח	

הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי	
1	האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?
2	האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי ו/או נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לסיעוד תוך 12 חודש?
3	האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים? בריחת שתן, שימוש בסופגנים, סטומה?
4	האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (המבוטח)

ת.ז.	שם המועמד לביטוח	
	<p>1. הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלת לביטוח - אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים ומבקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה שנבחרה בהצעה לביטוח זו ואשר תנאיה מפורסמים באתר החברה ו/או נמצאים אצל סוכן הביטוח: אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. (3) ידוע לי כי הקבלה לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום על בסיס הנתונים שמסרתי, על פיהם הפניקס מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים/סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיום הליך החיתום תודיע לי הפניקס אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה ובאילו תנאים. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.</p>	
	<p>2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה - אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החדשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החדשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החדשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביביי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p>	
	<p>3. הצהרה בקשר לקבלת מידע ושירותים באמצעות האינטרנט/או קווי תקשורת - אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי תקשורת.</p>	
	<p>4. הצהרה לעניין יתור סודיות רפואית - אני הח"מ, המועמד לביטוח בפוליסה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות ו/או לצה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" (להלן: המבקש) את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או בירור הזכויות והחובות המוקנות על ידי פוליסה זו ובצורה שתירש על ידי "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.</p>	
	<p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>	
חתימת המועמד לביטוח	X	חתימת בעל הפוליסה
		תאריך

גליון בדיקה אצל רופא

Dear Doctor, kindly remember to attach the health declaration (2 copies) to the examination form and to complete all the details in the form. ד"ר נכבד אנא זכור לצרף הצהרת הבריאות (שני עותקים) לטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על כל פרטיו.

In the event of AIDS and liver diseases including hepatitis, liver functions are also required in the framework of the laboratory tests. במקרה של איידס ומחלות כבד כולל צהבת דרוש במסגרת המעבדה גם תפקודי כבד.

פרטי המועמד לביטוח		
I.D ת.ר.	Name of person examined שם הנבדק	Date of birth תאריך לידה
Full name of medical examiner שם הרופא הבודק		

פרטים כלליים	
Have you any personal or professional knowledge of the person examined? if "yes", please give dates and full details, if "no", how did you identify him?	האם אתה מכיר את הנבדק אישית או מקצועית? אם התשובה חיובית נא פרט תאריכים ופרטים מלאים. אם התשובה שלילית - ציין איך זיהית את הנבדק. Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> Other/אחר ID <input type="radio"/> לפי ת.ר. <input type="radio"/>
	Height גובה _____ ס"מ cm Weight משקל _____ ק"ג kg
Is the appearance of the person appropriate for his age?	האם המראה החיצוני של הנבדק מתאים לגילו? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Report as to the general build and any scars defects, or deformity of body	האם במבנה הגוף קיימים צלקות פגמים או מומים? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Is there any abnormality of the thyroid gland?	האם קיימים שינויים בבלוטת המגן? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Are there any problems with the Locomotor System ?	האם קיימות בעיות במערכת השלד והתנועה? Spine עמוד שדרה <input type="radio"/> Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____ joints פרקים <input type="radio"/> Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____ Limbs גפיים <input type="radio"/> Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____ varicose veins דליות <input type="radio"/> Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____

בית החזה	
Are there changes in the chest?	האם יש שינויים בבית החזה? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Were the results of the thoracic percussion test normal?	האם בבדיקת ניקוש בית החזה תקין? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Was the breathing normal ?	האם הנשימה נשמעת תקינה? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Are there any signs of past or present disease?	האם יש סימנים למחלות בעבר ובהווה? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____

לב	
Is heart rate normal?	האם קצב הלב תקין? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Is pulse rate normal?	האם הדופק תקין? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Is the apex in the right location?	האם המיקום חוד הלב תקין? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Are there any changes in the size of the heart ?	האם יש שינויים בגודל הלב? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Are there any murmurs? If so - please describe the character and intensity, the position in heart cycle. Are there any changes in breathing and recovery during exertion?	האם נשמעות אוושות? אם כן פרט: אופי, עוצמה, מיקומם במחזור הלב, מיקום בעת העוצמה המירבית? מידת ההולכה, האם יש שינויים במאמץ בנשימה ובהתאוששות? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Are there any changes in cardiac activity following exertion (following 15 knee bends)	האם יש שינויים בפעילות הלב בעקבות מאמץ (15 כפיפות ברכיים)? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____
Is there any evidence of arterial changes?	האם קיימת עדות לשינויים בעורקים? Yes/כן <input type="radio"/> No/לא <input type="radio"/> פרט: _____

I.D. ת.ד.	Name of person examined שם הנבדק
-----------	----------------------------------

Circulatory System	מערכת הדם												
Second reading required if the first reading is over 140 (Systolic) or 90 (Diastolic) or if pulse rate is abnormal	17. מדידת לחץ דם שניה נדרשת במקרה של לחץ סיסטולי מעל 140 דסטולי מעל 90 או אם הדופק אינו סדיר או תקין												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">Reading קריאה</th> <th style="width: 25%;">Systolic סיסטולי</th> <th style="width: 25%;">Diastolic דיסטולי</th> <th style="width: 25%;">Pulse rate דופק</th> </tr> <tr> <td>First ראשונה</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Second שניה</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Reading קריאה	Systolic סיסטולי	Diastolic דיסטולי	Pulse rate דופק	First ראשונה				Second שניה				
Reading קריאה	Systolic סיסטולי	Diastolic דיסטולי	Pulse rate דופק										
First ראשונה													
Second שניה													
Is blood pressure normal?	18. האם לחץ הדם בגבולות הנורמה? Yes/כן No /לא												

Digestive system	מערכת העיכול
Is the condition of the mouth, the tongue, and the pharynx normal?	19. האם מצב הפה, הלשון ובית הבליעה תקין? Yes/כן No /לא
Is the condition of the teeth and gums normal?	20. האם מצב השיניים והחניכיים תקין? Yes/כן No /לא
Are there changes in the size of the liver or spleen, or any change in the abdomen?	21. האם יש שינויים בגודל הכבד או הטחול או כל שינוי בבטן? Yes/כן No /לא

Nervous system	מערכת העצבים
Are there any symptoms of diseases of the nervous system?	22. האם קיימים סימנים למחלות במערכת העצבים? Yes/כן No /לא
Is there a normal patellar reflex?	23. האם רפלקס פיקת הברך תקין? Yes/כן No /לא
Is there a normal pupillary reflex?	24. האם רפלקס האישונים בעיניים תקין? Yes/כן No /לא
Are the pupils equal?	25. האם האישונים שווים? Yes/כן No /לא

Genito-urinary system	מערכת השתן והמין
Is albumin present in the urine?	26. האם יש חלבון בשתן? Yes/כן No /לא
Is sugar present in the urine?	27. האם יש סוכר בשתן? Yes/כן No /לא
Is there any evidence of urinary infection?	28. האם יש סימנים לזיהומים בדרכי השתן? Yes/כן No /לא

Gynecological Diseases	מחלות נשים
Are there any abnormalities concerning uterine functions, or menstruation or menopause?	29. האם קיימות בעיות רחם? מחזור, בלות? Yes/כן No /לא

Other information	מידע נוסף
Have you any reason to suspect that the insurance candidate is now, or has ever been, intemperate in the use of alcohol or drugs?	30. האם יש לך סיבה לחשוד שהמועמד לביטוח צרך או צורך סמים או אלכוהול? Yes/כן No /לא
Do you recommend that any further information be obtained? if "yes", please specify which information.	31. האם הנך ממליץ לקבל מידע נוסף? אם כן איזה? Yes/כן No /לא
Are you of the opinion that the insurance candidate belongs to a high risk AIDS group? (if "yes", please complete special questionnaire)	32. האם הנך מתרשם כי המועמד לביטוח שייך לקבוצת סיכון בנושא האיידס? אם כן אנא מלא שאלון מתאים Yes/כן No /לא

Please comment on the results of the tests which you have performed	חוות דעתך על תוצאות הבדיקה שביצעת
	33. א.ק.ג. <input type="radio"/> לא תקין <input type="radio"/> תקין Normal Abnormal
	34. בדיקות נוספות / <input type="radio"/> Additional tests / <input type="radio"/> Yes/כן No /לא פרט:

Summary of the medical opinion	סיכום חוות דעת
	35. <input type="radio"/> לא תקין <input type="radio"/> תקין Normal Abnormal פרט:

<input checked="" type="checkbox"/>		Date תאריך
חתימה וחותמת הרופא הבודק		
Your medical opinion regarding the insurance candidate - whether positive or negative, is not to be provided to the examinee or to any other party. אין למסור לנבדק או גורם אחר את חוות דעתך הרפואית על המועמד לביטוח הן לחיוב והן לשלילה.		