

יש להדביק את המדבקה כאן

שאלון רפואי למועמד ליחידות השדה

הצהרה: הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי הנם נכונים. לא העלמתי כל מידע רפואי. ידוע לי כי הצהרה לא נכונה עלולה לגרום לי נזק רפואי. ידוע לי כי הצהרה לא נכונה תגרום להעמדה לדין.

מספר אישי:

משפחה: _____ פרטי: _____ תאריך מילוי: _____ חתימה: _____

ענה על השאלות הבאות. סמן בעיגול כן או לא (בסעיפים שבהם מופיע "פרט" ניתן לכתוב תחת "הערות" בתחתית עמוד זה)

מחלות עבר:		כללי:	
יתר לחץ דם	כן / לא	האם נבדקת כמועמד ליחידה מיוחדת?	כן / לא
סוכרת	כן / לא	האם נפסלת כמועמד ליחידה מיוחדת מסיבה רפואית?	כן / לא
שומנים בדם	כן / לא	האם עברת בדיקות רפואיות מיוחדות (רופא ראות, לב, א.ק.ג, צילומים) פרט מקום הבדיקה והתאריך.	כן / לא
מום לב, אוושה ("רשרוש")	כן / לא	האם עסקת בספורט לפני הצבא? פרט באיזו מסגרת וזמן	כן / לא
אסטמה, ברונכיטיס	כן / לא	האם עקב העיסוק בספורט נפגעת במידה שהצריכה בדיקת רופא?	כן / לא
מחלת לב, הפרעה בקצב הלב	כן / לא	האם סבלת בעת או לאחר העיסוק בספורט ממחשבים/כאבים (כאבי גב, כאבי ראש, בעיות בנשימה/כאבים בחזה/בעיות בקרסוליים/בעיות אחרות. פרט)	כן / לא
מחלה אחרת, פרט ב"הערות"	כן / לא	האם הכנת עצמך מבחינה גופנית לקראת הטירונות או הגיבוש? פרט באיזו צורה? כמה זמן?	כן / לא
שאלות סקירה, האם אתה סובל מ:			
מבנה גוף: שינוי משמעותי במשקלך מאז הבדיקה בלשכת הגיוס? פרט:	כן / לא		
מערכת העצבים: חבלת ראש או עזזוע מוח שהצריכו אשפוז-אם כן, באיזה גיל?	כן / לא		
כאבי ראש חוזרים שפנית לבדיקת רופא בגללם? פרט:	כן / לא		
התעלפויות או סחרחורות חוזרות? פרט:	כן / לא		
הפרעת קשב וריכוז? האם עברת אבחון בנושא? מקבל טיפול תרופתי בשל בעיה זו? פרט:	כן / לא		
בעיות אף אוזן גרון: הפרעות שמיעה? פרט:	כן / לא		
נזלת אלרגית או סינוסיטיס חוזרת? פרט:	כן / לא		
קשיי נשימה דרך האף? פרט:	כן / לא		
בעיות עיניים: דלקות עיניים חוזרות? פרט:	כן / לא		
חל שינוי בראיה מאז הבדיקה בלשכת גיוס? פרט:	כן / לא		
עברת ניתוח להסרת משקפיים בשלושה חודשים האחרונים? פרט:	כן / לא		
בעיות לבביות: סבלת מכאבים/דקירות בחזה (במנוחה או מאמץ)? פרט:	כן / לא		
דפיקות לב חזקות/מהירות/לא סדירות/דקירות/לחצים בחזה? פרט:	כן / לא		
בעיות ריאות: קוצר נשימה במנוחה או במאמץ, צפוצפים, או אסטמה או ברונכיטיס – האם חל שינוי מאז לשכת הגיוס?	כן / לא		
בעיות דרכי המין והשתן: כאבים במפשעות, אשכים, נפיחות אשכים (כולל וריקוצלה או הידרוצלה)? האם עברת ניתוח בשנה האחרונה בשל כך? פרט:	כן / לא		
אורטופדיה: שברים בעצמות מאז הבדיקה בלשכת הגיוס או שגורמים להגבלה בתפקודך? פרט:	כן / לא		
כאבי גב-האם חל שינוי מאז הבדיקה בלשכת הגיוס? האם נבדקת ע"י רופא בשל כך? פרט:	כן / לא		
כאבי ברכיים-האם חל שינוי מאז נבדקת בלשכת הגיוס? פרט:	כן / לא		
האם אתה סובל משברי מאמץ? פרט:	כן / לא		
נקעים חוזרים בקרסוליים? האם חל שינוי מאז הבדיקה בלשכת הגיוס? פרט:	כן / לא		
פריקת כתף? פרט:	כן / לא		
חבלה או פריקה בגפיים שהצריכה בדיקת רופא? פרט:	כן / לא		
בעיות עור: פצעים בעור (אקנה) האם אתה מטופל טיפול תרופתי עקב כך? (כולל רוקוטן), ובמה? פרט:	כן / לא		
בעיות אלרגיה (רגישות): רגישות למזון כלשהו? פרט:	כן / לא		
בעיות נפשיות: האם היית או נמצא כיום בטיפול או ייעוץ בתחום הנפשי? פרט:	כן / לא		
האם סבלת בשנים האחרונות ממצוקה בתחום הנפשי: כגון מצבי משבר, קשיים במצב הרוח או בעיות בתחום החברתי?	כן / לא		
האם להערכתך עלולים להיות לך קשיים משמעותיים בהסתגלות נפשית לדרישות השירות ביחידה קרבית?	כן / לא		
בעיות כלליות: האם קיימת בעיה בריאותית אחרת? פרט:	כן / לא		
האם אתה נוטל תרופות כטיפול קבוע (כולל תרופות רגילות, לשינה או הרגעה, טיפול בחיסונים)? פרט:	כן / לא		
האם חל שינוי במצב הבריאות מאז הבדיקה בלשכת הגיוס? פרט:	כן / לא		
האם אתה מעוניין להיבדק ע"י רופא בשל שינוי במצב הבריאותי או בשל בעיה רפואית חדשה או שהחמירה?	כן / לא		
בעיות בריאות במשפחה: האם מישהו במשפחתך (הורה/אחים) חולה או היה חולה במחלה מיוחדת? פרט:	כן / לא		
האם מישהו במשפחתך חלה או נפטר מבעיות לב או בשל מוות פתאומי אחר לפני שמלאו לו 40 שנה?	כן / לא		
האם יש איתך היום מסמכים רפואיים המעידים על בעיה רפואית שעליה לא הצהרת בלשכת הגיוס?	כן / לא		

הערות ופירוט לסעיפים (ניתן להמשיך לכתוב גם מצידו השני של הדף):
