

מס' זהות \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_  
נ / ז \_\_\_\_\_

רופא יקר, לתשומת לבך! מסירת מידע רפואי בלתי שלם או מדויק עלולה לסבן את בריאותו של המטופל ושל האוכלוסייה בה הוא מטפל בשירות הלאומי (ילדים, נוער, קשישים, חולים בבתי חולים וכיוב')  
הוא מטפל בשירות הלאומי (ילדים, נוער, קשישים, חולים בבתי חולים וכיוב')

מקום האשפוז והמועד	האם אושפז/ה בגין תופעה זו (*)		האם סובלת מהתופעה (*)		התופעה
	כן	לא	כן	לא	
					1. מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)
					2. מחלות אנדוקריניות
					3. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)
					4. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר
					5. מחלות אף, אוזן, גרון
					6. בעיות נשימה (כולל אסטמה)
					7. מחלו לב, מומי לב, יתר לחץ דם
					8. מחלות כליה ודרכי השתן
					9. מחלות דרכי העיכול והכבד
					10. מחלות פרקים, הפרעות שלד (כולל שברים בעצמות)
					11. מחלות עור
					12. מחלת ממאירות
					13. טיפל פסיכולוגי/פסיכיאטרי
					14. שחפת

התופעה	לא (*)	כן (*)	אם כן, פרט
1. האם בטיפול תרופתי קבוע			
2. האם קיימת רגישות לתרופות			
3. האם קיימת רגישות למזון/עקיצות			
4. האם עברה/בדיקות מיוחדת			
5. האם נמצאת/במעקב מרפאתי קבוע			
6. האם עבה/ניתוחים			
7. האם ידוע על H.I.V (נשאות / מחלה)			

\* נא ענה/י על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.

\* במידת האפשר נא צרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.

הערות: \_\_\_\_\_

הצהרת הרופא: הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידעתי, וכי לא העלמתי מידע רפואי.

חותמת

חתימה

שם הרופא

תאריך