

שאלון רפואי עבור מועמד/ת לשירות לאומי (ימולא ע"י רופא המשפחה)

א. פרטי המועמד/ת:

תעודת זהות שם משפחה שם פרטי תאריך לידה שם האב מין

רופא יקר, לתשומת ליבך! מסירת מידע רפואי בלתי שלם או לא מדויק עלול לסכן את בריאותו של המטופל/ת ושל האוכלוסייה בה הוא מטפל בשירות לאומי (ילדים, נוער, קשישים, חולים בבתי חולים וכיוצא ב').
אנא ענה/י על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.

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

התופעה	לא (*)	כן (*)	אם כן, פרטי/י
1. האם נמצא בטיפול תרופתי קבוע			
2. האם קיימת רגישות לתרופות			
3. האם קיימת רגישות למזון/עקיצות			
4. האם עברה/ה בדיקות מיוחדות			
5. האם נמצא/ת במעקב מרפאתי קבוע			
6. האם עברה/ה ניתוחים			
7. האם ידוע על H.I.V (נשאות/מחלה)			

במידת האפשר, נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבית חולים. הערות:

ב. **מגורים:** בבית / בדירת שירות (הקף את האפשרות המתאימה).

ג. **הצהרת רופא:**

הנני מצהיר, כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידיעתי וכי לא העלמתי מידע רפואי.

וכמו כן הנני מצהיר כי הנ"ל כשירה/ה לשרת בשירות לאומי ולהתגורר בדירת שירות (במידה וסעיף ב' מולא בהתאם)

שם הרופא חתימה חותמת תאריך

שאלון רפואי למועמד/ת לשירות לאומי (ימולא ע"י המועמד/ת)

מועמד/ת יקר/ה, נבקשך למלא את השאלון הרפואי בצורה מדויקת ושלמה, מידע רפואי זה יאפשר לנו להתאים לך את מקום השירות הנכון והראוי ביותר.

האם עברת בעבר ניתוחים/אשפוזים? פרט/י:

האם יש לך מגבלה רפואית או תכשירים רפואיים? פרט/י:

האם הייתה לך התנסות עם אלכוהול / סמים קלים / קשים? פרט/י:

האם היית מטופל/ת ע"י יועץ בית הספר? כן / לא

האם היית מטופל/ת ע"י פסיכולוג? כן / לא

האם היית מטופל/ת ע"י פסיכיאטר? כן / לא

האם את/ה מקבלת תרופות כעת או קיבלת בעבר? כן / לא אם כן פרט/י:

האם אושפזת בעבר במוסד פסיכיאטרי? כן / לא אם כן פרט/י:

מצב בריאותי: תקין / לא תקין. פרט/י:

במידה וישנו אבחון או בעיה רפואית כלשהי, אנא פרט/י את השלכותיה על התפקוד היומיומי:

הצהרת המועמד/ת:

הנני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים וכי לא העלמתי כל מידע רפואי.

ידוע לי, ואני מסכימ/ה לכך שהרשות בידי הממונה על השירות הלאומי לדרוש ממני לפי שיקול דעתו בדיקה רפואית שתידרש ואבצעה בהקדם לפי דרישה וכן אציג כל מסמך רפואי שיידרש ממני. ידוע לי ואני מסכימ/ה למסור מידע רפואי, הנחוץ לגוף הפוטנציאלי בו אשרת במהלך שנת השירות הלאומי.

חתימתי על טופס זה מהווה הסכמה על ויתור סודיות רפואית ומתן הרשאה לעמותה לפנות לגורמים הרפואיים המטפלים בי.

תאריך	תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	חתימה
-------	------------	----------	---------	-------