מרום עפולה – יהושוע חנקין 34, ביח מרום ק.ביאליק – שד' בן-גוריון 63, צומ מרום גבת – קיבוץ גבת – אולם סנ	ו עטרת, ק ות צבר, ק	ןומה 2, פקס: 119 ומה 8 פקס: 109	04-9020	זימון תורים 0090209-40
□ בלתי כשיר לפעילות ספורטיבית		-		חותמת התחנה לספורט
ממצאים: לאחר שביצעתי את הבדיקות האמורות לעיל, מצאתי	רטיבית בהגבלות י כי השחקן הנו	בדק: חתימת הרופ: ז הבאות:	א עאטנאי	מרום - שרותי בריאות בע"מ תחנה לרפואת ספורט
רופק במנוחה: פעימות לדקה. לחץ דם: בדיקה בוצעה לפי פרוטוקו הבדיקה בוצעה על אופניים/מסילה בדיקה בוצעה לפי פרוטוקו	BKNCE 2			י
איקיר. במנוחה איקיר. במאמץ איקיר. בהתאוששווי				
ממאאנם:				
גוואר בלוטת התריס: קשרי לימפה: בדיקת עצמות ושרירים (בדיקה אורטופדית):		עתנונו:		
בותני בומפני:		תגובת לחץ דם		
בער חזה לב: דפקים פרפריים:		סיבת הפסקת מאמץ —		
מפהאני: (שבר בלוטו לימפה) אברי מין:		עלונות במאמץ		
בטן: כבד מחול עור				
אל וונון אונום אל וונון		נפיים (דפורמציות, צליעה	CII) CEIII	בינקיים (דפורמציות) ————
בדיקה גופנית		מיפרקים (היקף תנועה, טי	rount new eeus	ניגוונו (בפונמגווני)
למילוי על-ידי הרופא			מתכום וכפווו ואוכום	TLC110) ———————————————————————————————————
טעימת הורה/אפוטרופוס				
שם ההורה: ת.ז.:				
מלאות ונכונות, הנני מתיר למסור את טופס הבדיקה הרפואית למי שהפנה אחר	CEL du m	22. הסברים נוספים בעקנ	נע עעמובוע במאבוע	I SZ-1
<b>הצהרה:</b> הגני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעיל על מצבי הרפואי בעבו	L ITUIU Uid			
15. האם היה לך זעזוע מח?	cl/4x	¢2. האם המחזור מופיע באופן סדיר? ———— כן \ לא		
¢ן. האם נפגעת פגיעת ראש אי פעם? <u></u>		and endetit		
11. פוי עשם אעש מוכל מבעיות עור (גירוד,נקודות חן,או עור שטוע)?		AT THE COURT CONTRACT CONTRACT		
SI. האם מישהו במשפחתך נפער מבעיות לב או מוות פתאומי לפני שמלאו לו האי—		and the second s		
וו. האם היתה תחושה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימות לב?				
		oz. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? ————————————————————————————————————		
פ. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? 10. האם דווח לך אי פעם על אוושה או רשרוש או אירוע מוחי לבבי?		19. האם אבדת אי פעם הכ		cl / 4×
	cl / גא	81. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חום? cf / לא		
8. האם אתה סובל מיתר לחץ דם? ———————————————————————————————————	– cl / גא	מפובל כל / לא	מועו כו / קו	א   כל נגל כן לא
ל. האם אתה מתעייף יותר מחבריך בזמן מאמץ?	– cl / גא	11.12	rc cl/4	
9. האם סבלת מכאבים בחזה בזמן מאמץ?	– cl / גא	מונת כל עוד כן / לא	גוואנ כל / ב <i>ץ</i>	(בבמם בנק) בני קת
S. פי שאם ארע לך ארוע של אבוד הכרה בזמן מאמץ?	- cl / 4x	ıL כן / גא		CI / 4R
4. האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות/לדבורים?	- cl / 4×	פאס נפצעת אי פעם באחד או יותר מן הבאים: (נקע, פריקה או שבר)?		
ב. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע?	– cl / גא	עו. מחלת הנשיקה (מונוקלאוזים) כן / לא פרט:		
סוג הניתוח:	_	או מעקה אחרת, פרט:		
. האם עברת ניתוח?————————————————————————————————————	- cl / גא			
סיבת האשפוז?	- C / Mrc	2.22.22		פניעות בעיניים כן / לא
ן. האם אושפזת אי פעם? שנה	כן / גא			כאבי ראש תכופים כן / לא
<b>שאלון רפואי</b> (נא להקיף בעיגול)	Ct / Mr	16. ני שאם מכלת אי פעם מאר	וע טמטגוע טכאוע:	
מאריך לידה: כתובו	u: ——		(iL:	
ענף:				
תו.: טלפון			מת בן: בן,	, r רוכע: <u> </u>
оп.			tel: 1 t	— <i>n</i> , =-
ממפט	IU:		וקום הבדיקה: .	
	ידי הנבדק	-	Eta Ceribe.	
מאנוו	LEIN		<u>מכדו</u>	מאוחדת
		עבר קופ"ה:	כקלית מושלם	I CNIE
			ענ:	