2-005287

'3'ן'ז

קופת חולים (שם + כתובת)

יש למלא את השאלון באתר מתגייסים 🚹

סודי רפואי (לאחר המילוי)

חלק א' (ימולא ע"י המועמד/ת)

נא מלא את הפרטים הבאים:

12/04/2021 1 דניאל 21/06/2004 איתי דומאי 214633596 תאריך התייצבות מתוכנן מין שם הורה תאריך לידה שם פרטי שם משפחה מס' זהות

> הנני תלמיד כיתה i taydamay @ gmait - COM דואר אלקטרוני (Email) 0506476284 י' / (י"א) י"ב קראת ובים הרלוונטים (הקף את הכדולי הרלוונטים) תלמיד כיתה י' ימלא חלק ד' בלבד. טלפון בבית

נא לענות על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך. 🍳

נא לפרט אם אושפזת ו/או עברת ניתוח	האם אושפז/ת בגין תופעה זו		האם הנך סובל/ת מהתופעה		התופעה	
אם כן, יש לצרך סיכום בהתאם	(c)	לא	p	לא		
		~		X	1. חבלה בראש או זעזוע מוח	
		1		Y	2. כאבי ראש חוזרים, התעלפויות, סחרחורות, התכווצויות	
		5		\mathcal{L}	הפרעות שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות	
		5		\prec	4. נזלת אלרגית, סינוסיטיס, קושי בנשימה דרך האף	
		X		*	5. הפרעות ראייה, צורך במשקפיים, עיוורון לילה, דלקות עיניים חוזרות	
		Κ		~	6. טיפול בלייזר לתיקון קוצר הראייה	
		*		~	7. הפרעה בלחץ דם, כאבים בחזה, אובדן הכרה, קוצר נשימה במאמץ	
	_	٨		×	 מחלת לב, דקירות בחזה, שינויים בדופק במנוחה/מאמץ 	
		K		×	אסטמה, ציפצופים, קיצר נשימה, מחלת ריאה אחרת	
		K		ΧJ	10. מחלת אנדוקריניות (בעיות הורמונלית כגון: בלוטת התריס, כולסטרול)	
		≺		X	ביב, צרבת, כאבי בטן חוזרים, צהבת, מחלת כבד	
		×		X	12. דלקת מעי, דימומים במערכת העיכול, טחורים	
V C		×		r	13, מחלת דם (כגון: חוסר דם, טרומבוציטופניה)	
		>		X	14, כאבי גב חוזרים, חבלה בגב	
		~		?	באבים ברגליים, הפרעות בהליכה, בעיות קרסול ונטייה לנקע חוזר15	
		X		~	16. שברים בעצמות, פריקת כתף, מחלות פרקים	
à.		A		7	17. מחלות עור, הסרת שומות, טיפול לפצעי בגרות	
		X		₹	18, הזעה בכפות הידיים והרגליים המפריעה בתפקוד	
	HARAGE .	1	all the same of	6	21. מחלות כליה, הפרעה במתן שתן, הרטבת לילה	
		1		X	20. לבנים - בעיות באשכים, בקע מפשעתי, כאבים במפשעה	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		X	4747	X	21. לבנות – הפרעות במחזור החודשי, מחלה גניקולוגית	
- 1 32 <u>- 132 - 13</u>	ed down	× ×		×	22. מחלה ממארת בעבר/בהווה	
CC 9		*		6	(שלא מפורט בסעיפים הקודמים) בעבר? (שלא מפורט בסעיפים הקודמים).	
29		7		x	24, האם הינך נשא/חולה במחלות זיהומיות כרוניות (HIV, מחלות אחרות)?	
		*			25. האם הינך סובל מתת משקל?	

אם כן, פרט	D	לא	התופעה
		/-	26. האם הינך נוטל/ת תרופות באופן קבוע?
		X	-27. האם ידוע לך אלרגיה לסזון? אם כן, יש לפרט לאיזה סזון ומה התגובה.
		į į	28. האם הינך רגיש/ה לתרופות? האם הינך רגיש/ה לעקיצות בעלי חיים (דבורים, אחר)?
		7	29. האם הינך מטופל או מקבל יעוץ פסיכולוגי?
		-	-30. האם את∕ה מאובחן/ת עם הפרעות קשב וריכוז וטיפול בריטלין?
		1	31. האם אושפזת אשפוז פסיכיאטרי?
		14	32. שהייה ממושכת בחו"ל ב-10 השנים האחרונות
		1	33. האם אי פעם פגעת או פצעת את עצמך באופן מכוון או שניסית להתאבד:
			-34 האם אובחנת עם קושי התפתחותי?

מחלות משפחתיות: האם מישהו במשפחתך הקרובה (הורים, אחים) סובל מאחת המחלות הבאות? (אם כן ציין קרבה)

פירוט	קרבה	האם קיימת		Tupina
		P	לא	התופעה
			× ·	35. האם יש במשפחה (דרגה ראשונה) מחלות ממאירות (סרטן)?
			×	36. האם יש בסשפחה (דרגה ראשונה) מלנומה?
			X	37. האם יש במשפחה (דרגה ראשונה) עודף שומנים בדם?
			X	38. האם יש במשפחה מוות פתאומי מתחת לגיל 45 מסיבה שאינה ידועה או מסיבה לבבית?
			X	39. האם יש במשפחה (דרגה ראשונה) מחלות ריאה כרוניות כגון שחפת?
			X	40. האם יש במשפחה מחלות גנטיות (תורשתיות)?
			X	.41 האם יש במשפחה בעיות√מחלות אחרות?

שים לב: עליך לבצע בדיקת שתן טרם ההתייצבות ולהביא את תוצאות הבדיקה עימך ליום הצו.

במידה וענית כן על אחת מהשאלות אנא צרף מסמך רפואי תומך (כגון: בדיקת שמיעה, אקו לב, הולטר, תוצאית בינור הדמייתי, חוות דעת רופא מומחה, טסטים לאלרניה וכו')

שם משפחה

הצהרת המועמד/ת:

!

!

		מסרתי נכונים ומלאים וכי לא העלמח	
משך השירות הצבאי.	ו לשיבוץ שגוי או ַפגיעה בה	עלולה לגרום נזק רפואי, עלולה לגרום	ידוע לי כי הצהרה לא נכונה י
b/E	(CN/3	מהווה עבירה ותגרור העמדתי לדין.	
1) . E	((1/)	2/4633596	28.0?.21

Scanned with CamScanner

0202009430

שתנה

T72676_20210201

Orcic 08-104401-772678

שם פרטי

חלק ב' (להעלות לאתר מתגייסים לאחר מילוי וחתימת רופא משפחה)

2-005287

24.04.222			פרטי המועמד/ת:	
21/06/2004	איתי	דומאי	214633596 מס' זהות	
תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה		
ול כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.	בריאותו של המטופל! 🦻 נא לענות	רכואי שלם ומדויק יוביל לשיבוץ תואם בצה"ל ולשמירה עס	! רופא יקר, לתשומת לבך! מסירת מידע	

פירוט (נא לצרף סיכום מפורט)	האם אושפז/ת בגין תופעה זו [!]		האם הנך סובל/ת מהתופעה		התופעה	
	לא כן לא כן					
		X		/	. מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)	
		1		7	43. מחלות אנדוקריניות	
		*		X	44. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)	
		Y.		7	45. מחלות עיניים. עיוורון לילה, טיפול בלייזר	
		>		3	46. מחלות אף, אוזן, גרון	
				7	.47 מחלות ריאה (כולל אסטמה) אנא ציין מתי היה ההתקף האחרון,	
		1)	מתי מופיעים ההתקפים, אופן הטיפול והשליטה במחלה.	
		7		ブ	48. מחלות לב, מומי לב, יתר לחץ דם (ראה הערה ב')	
		X		~	49. מחלות כליה ודרכי השתן	
		¥		<,	50. מחלות דרכי העיכול והכבד	
		1		-,	51. מחלות פרקים, הפרעות שלד (כולל שברים בעצמות)	
		✓		4	52. מחלות עור	
		<		· ·	53. מחלות ממאירות	
		4		×	54. הפרעות נפשיות ו/או טיפול פסיכולוגי	
		X		4	55. הפרעית קשב וריכוז וטיפול בריטלין	
		1		1	56. סמים ואלכוהול	
		У		3	57. מחלות תורשתיות	
		1			58. האם קיימת הפרעה בדיבור כגון גמגום/דיבור מהיר/צרידות/היגוי וכו'?	

אם כן, פרט	ָר י	לא	התופעה
			.59 האם בטיפול תרופתי קבוע:
		1	60. האם קיימת רגישות לתרופות:
THE RELEASE OF SHARE		7	61. האם ידוע על אלרגיה למזון, אם כן לאיזה מזון הייתה התגובה:
Live 25 toly one of the Live Statements		4	62. האם קיימת רגישות לעקיצות דבורים:
The state of the s		1	63. האם נמצא/ת במעקב מרפאתי קבוע:
		1	.64 האם עבר∕ה ניתוחים:
		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	.65. האם ידוע על H.I.V (נשאות/מחלה):
		1 \ \	66. האם ידוע על פגיעה עצמית או ניסיון אבדני בעבר:
42.0	_		67. האם ידוע לך על טיפול בהפרעות אכילה:
1+8	53	5	.68 האם ידוע לך על שימוש בסמים:
	<i>، ن</i> ر	משקל (ק"ג)	69. לחץ דם <u>(/ 0 /)</u> דופק <u>(0 / 7)</u> 27. דופק
(.70 בדיקת שתו כללית - תקיו / לא תקיו (נא לצרף את תוצאות הבדיקה)

				הערות:
סיכומי אישפוז רלוונטיים. יידוויים	ך באבחנה או סיכום מחלה ו/או ת ל"ד שנמדדו בקופ"ח במשך ה	ף מסמך רפואי מפורט התומ	אחת השאלות יש לצר	א. במידה וסימנת כן ב
III 6-0.	ות תשובות הסטולוגיות.	צאת שומות. נא לצרף תוצא	מד/ת כיופסיות ו/או הו	נ ראח עבר/ה המוע
	רגיה ריגיה	הארוע וחוות דעת מומחה אכ	זזון - אנא צרפו פועוד ו	ד. באם יש רגישות לכ
)			הערות:
Charles Andrews				
TO TOND		is 1		הצהרת הרופא:
מיל בילמות פעי	קידע רפואי.	מיטב ידיעתי. וכי לא העלפתי	ם שמסרתי נכונים לפי	הנני מצהיר כי הפרטיו
- 12 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3/1/1/	1-1/2/	51c 1/822	21/02/21
מס' רישיון לי	שם קרופא	קוצ"ח - טלפון	קופ"ח - סניף	תאריך
01,000 0 000				
	חלה ני			

לתשומת לבך! על חלק זה להיחתם ע"י רופא העיניים או האופטומטריסט הבודק !

עליך למלא את החלק הנ"ל בבדיקת אופטומטריסט או רופא עיניים טרם ההתייצבות לצו הראשון על מנת לחסוך לך זמן ביום הצו או למנוע צורך בהתייצבות נוספת. אם הינך מרכיב/ה משקפיים ו/או יש לך צילינדרר מעל 2.5, יש לצרף חוות דעת של רופא עיניים ובדיקת קרקעית העין (פונדוס). במידה והינך מרכיב עדשות מגע, עליך להתייצב לצו עם משקפי ראייה.

	לפני התיקון	SPH	CYL	AX	ויקון	אחרי ו
עין ימין	G/G	1				
עין שמאל	216.		1/			
אופטומטריסט שנים ום אופטומטריסט	י פּלְינְלְינָ PTOM ה וחותממשל.רני אופטומטר אופטומטר	<u>2.8</u>	2 נ24 תאריך			
	:עין שמאל			:עין ימין	כדיקת פונדוס	תוצאות

תאריך

חתימה וחותמת של רופא עיניים בלבד