

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים

ביטוח בריאות וחיים



<p>2. האם אתה מרכיב משקפיים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>מספרי העדשות _____</p> <p>3. תופעה אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>וצרף מכתב עדכני מרופא העיניים המטפל.</p> <p>_____</p> <p>4. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז נכות _____</p> <p>5. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> קטרקט <input type="radio"/> גלאוקומה (לחץ תוך עיני) <input type="radio"/> היפרדות רשתית <input type="radio"/> קרטוקונוס <input type="radio"/> אסטגמטיזם <input type="radio"/> # ניתוח לייזר לתיקון הראייה - מתי _____ האם המצב תקין? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> עיוורון: <input type="radio"/> בעיה מולדת - האם בשתי העיניים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> עקב תאונה - האם בשתי העיניים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> עקב מחלה, פרט וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. <input type="radio"/> # פזילה, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בתאריך _____ <input type="radio"/> # חסימה בצינור הדמעות, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בתאריך _____ <input type="radio"/> # צניחת עפעפיים</p>
<p></p> <p>חתימת המבוטח</p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____</p>

<p>2. תופעה אחרת/ניתוח אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>וצרף מכתב עדכני מרופא אף-אוזן-גרון המטפל</p> <p>_____</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> שקדים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> שקד שלישי, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> יבלות במיתרי הקול <input type="radio"/> פוליפים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> בעיית נחירות <input type="radio"/> תסמונת דום נשימה בשינה, אם כן - נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. <input type="radio"/> סינוסיטיס, רשום: ההתקף האחרון היה בתאריך - _____ <input type="radio"/> כמה התקפים היו ב-5 השנים האחרונות <input type="radio"/> ניתוח מחיצת האף, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> האם הבעיה עדין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> כפתורים באוזניים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> נוזלים באוזניים/דלקות אוזניים חוזרות, (יותר מ-4 דלקות חוזרות בשנה) מתי היה אירוע אחרון של התופעה? <input type="radio"/> ליקוי שמיעה כתוצאה מ-: <input type="radio"/> מום מולד <input type="radio"/> טנטון <input type="radio"/> פציעה <input type="radio"/> גיל <input type="radio"/> ורטיגו <input type="radio"/> ניתוח פלסטי באף</p>
<p></p> <p>חתימת המבוטח</p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____</p>

<p>1. האם אתה סובל מאסטמה/ברונכיט? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>2. האם קיימת אמפיזמה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. האם תפקודי הריאות תקינים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>4. האם מקבל טיפול? <input type="radio"/> רק בזמן התקף <input type="radio"/> קבוע - האם מטופל בסטרואידים <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם התרופה _____</p> <p>5. רשום מתי אירע ההתקף האחרון _____</p> <p>6. מתי התגלתה הבעיה? _____</p> <p>7. האם אתה סובל/סבלת ממחלת ריאות אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - </p> <p>וצרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות.</p> <p>8. האם אושפזת ו/או נעדרת מהעבודה עקב הבעיה? נא רשום תאריך וכמה ימים _____</p> <p>9. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז נכות _____</p>	<p>1. האם אתה סובל מאסטמה/ברונכיט? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> רק בזמן התקף <input type="radio"/> קבוע - האם מטופל בסטרואידים <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם התרופה _____ <input type="radio"/> רשום מתי אירע ההתקף האחרון _____ <input type="radio"/> מתי התגלתה הבעיה? <input type="radio"/> האם אתה סובל/סבלת ממחלת ריאות אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - <input type="radio"/> האם אושפזת ו/או נעדרת מהעבודה עקב הבעיה? נא רשום תאריך וכמה ימים <input type="radio"/> האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז נכות _____</p>
<p></p> <p>חתימת המבוטח</p>	<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____</p>

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים



<p>1. מהי המחלה/הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> התקף לב <input type="radio"/> מחלת לב איסכמית <input type="radio"/> אנגינה פקטוריס <input type="radio"/> מומי לב מולדים, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ואקו לב <input type="radio"/> קרדיומיופתיה - נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ותוצאות בדיקות קרדיולוגיות. <input type="radio"/> צנתור <input type="radio"/> צנתור עם בלון <input type="radio"/> צנתור עם בלון וסטנט <input type="radio"/> אי-ספיקת לב</p> <p>2. מתי התגלתה הבעיה? _____</p> <p>נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג.</p>	<p>[4] שאלון לב</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. רשום ערך עדכני (לאחר הטיפול) _____</p> <p>2. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>אם אינך מטופל תרופתית ו/או אתה צעיר מגיל 30, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>[5] שאלון יתר לחץ דם</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. <input type="radio"/> כולסטרול - רשום ערך עדכני - _____</p> <p>2. <input type="radio"/> טריגליצרידים - רשום ערך עדכני - _____</p> <p>3. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>4. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p>[6] שאלון כולסטרול טריגלי-צרידים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> דליות (בוורידים הרגליים) <input type="radio"/> קרוטיס (בעורקי הצוואר) <input type="radio"/> DVT (פקקת/טרומבозה) <input type="radio"/> PVD (מחלת כלי דם היקפיים)</p> <p>2. בעייה אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p>[7] שאלון מחלת כלי דם</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מתי נתגלתה המחלה? _____</p> <p>2. האם היו לך התקפים ב-3 השנים האחרונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>3. האם קיימת פגיעה באיבר כלשהו עקב המחלה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>4. האם אתה מטופל? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p>	<p>[8] שאלון FMF</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> אולקוס (כיב) בקיבה <input type="radio"/> אולקוס (כיב) בתרסריון <input type="radio"/> גסטריטיס <input type="radio"/> רפלוקס בדרכי העיכול <input type="radio"/> מעי רגז <input type="radio"/> אבנים בדרכי/כיס המרה, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, האם הוצא כיס המרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> קרון <input type="radio"/> קוליטיס <input type="radio"/> אחר</p> <p>2. מתי היה האירוע האחרון של התופעה? _____</p> <p>3. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>סוג הניתוח _____ בתאריך _____</p> <p>4. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>האם ב- <input type="radio"/> קורטיזון <input type="radio"/> אחר, נא רשום - _____</p> <p>5. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p>[9] שאלון מערכת העיכול</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים



<p>1. מה הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> צהבת או נשאות של נגיף הצהבת (הפטיטיס) מסוג: <input type="radio"/> צהבת A <input type="radio"/> צהבת B <input type="radio"/> צהבת C <input type="radio"/> צהבת D <input type="radio"/> צהבת E נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות מעודכנות של בדיקות תפקודי כבד. <input type="radio"/> צהבת ילודים, האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, <input type="radio"/> # <input type="radio"/> שחמת <input type="radio"/> מחלת כבד אחרת, פרט - _____ נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, תוצאות מעודכנות של בדיקת תפקודי כבד וסרולוגיה להפטיטיס.</p>	<p>[10]</p> <p>שאלון צהבת וכבד</p>
<p>2. מתי התגלתה המחלה? 3. האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p>	
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם אתה סובל/סבלת מגידול? <input type="radio"/> כן, הגידול היה <input type="radio"/> שפיר <input type="radio"/> ממאיר, אם הגידול ממאיר, נא צרף מכתב עדכני מהאונקולוג המטפל ותוצאות בדיקה היסטולוגית. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ <input type="radio"/> לא, האם אתה סובל/סבלת מ: <input type="radio"/> תת פעילות <input type="radio"/> ציסטה <input type="radio"/> יתר פעילות <input type="radio"/> השימוטו <input type="radio"/> גויטר (זפק) <input type="radio"/> תופעה אחרת 2. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן 3. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[11]</p> <p>שאלון בלוטת המגן (תריס)</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם סוכרת תלווית אינסולין? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בו יפורט האם קיימת פגיעה באברי מטרה. 2. האם מחלת הסוכרת מטופלת? <input type="radio"/> כן, פרט - _____ א. מה רמת הסוכר? _____ ב. כיצד אתה מטופל? <input type="radio"/> בתרופות <input type="radio"/> בדיאטה ג. מתי נתגלתה המחלה? _____ <input type="radio"/> לא, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>[12]</p> <p>שאלון סוכרת</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> דלקות חוזרות בדרכי השתן, רשום את מספר ההתקפים _____ ומתי היה האירוע האחרון _____ <input type="radio"/> רפלקס דרכי השתן <input type="radio"/> אי-ספיקת כליות <input type="radio"/> תסמונת נפרוטית - נא צרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל. <input type="radio"/> ציסטות בכליות - נא צרף תוצאות בדיקת תפקודי כליות, ומכתב עדכני מנפרולוג מטפל. <input type="radio"/> אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן האם: <input type="radio"/> בכליה אחת <input type="radio"/> בשתי כליות סוג הטיפול: <input type="radio"/> לא טופל <input type="radio"/> טיפול תרופתי מתאריך _____ האם עדיין נוטל תרופות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> ניתוח מתאריך _____ <input type="radio"/> ריסוק בלייזר מתאריך _____ האם על-פי הבדיקות האחרונות, הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> # כליות פוליציסטיות</p>	<p>[13]</p> <p>שאלון כליות ודרכי השתן</p>
<p>2. מתי התגלתה הבעיה? _____ אחר, פרט - _____ וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ 2. רשום מתי נתגלתה המחלה? _____ 3. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> גידול שפיר <input type="radio"/> גידול ממאיר <input type="radio"/> בלוטה מוגדלת</p>	<p>[14]</p> <p>שאלון בלוטת הערמונית</p>
<p>אם מדובר בגידול ממאיר או אם עברו פחות משנתיים מאז שעברת את הניתוח - נא לצרף מכתב עדכני מהאורולוג המטפל עם התייחסות לערכי PSA עדכניים ותוצאות בדיקה היסטולוגית.</p> <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים



	[15]	שאלון נשים	<p>1. רחם א. מהי התופעה ממנה את סובלת/סבלת? <input type="radio"/> ציסטה או גידול שפיר: מועד האירוע האחרון _____ <input type="radio"/> מיומה <input type="radio"/> צניחת רחם <input type="radio"/> דימום ברחם <input type="radio"/> # מחלת צוואר הרחם / CIN <input type="radio"/> סרטן, נא צייני מועד סיום הטיפולים _____ אם חלפו 3 שנים מתום הטיפולים נא לצרף מכתב עדכני מהרופא עם התייחסות לטיפול, ולמצב כיום. ב. האם עברת כריתת רחם <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן ← סיבה הכריתה: <input type="radio"/> הבעיה המוצהרת <input type="radio"/> בעיה אחרת - נא פרטי (סיבה ומועד הניתוח) ג. מתי התגלתה הבעיה לראשונה (תאריך) _____</p> <p>2. שדיים א. מהי התופעה ממנה את סובלת או סבלת: <input type="radio"/> שדיים פיברוציסטיים <input type="radio"/> ציסטה או גידול שפיר - באיזה צד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> האם מדובר באירוע חד פעמי? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> הגדלת חזה <input type="radio"/> הקטנת חזה מתי _____ <input type="radio"/> סרטן שד, נא צייני מועד סיום הטיפולים אם חלפו 3 שנים מתום הטיפולים נא לצרף מכתב עדכני מהרופא עם התייחסות לטיפול, ולמצב כיום. <input type="radio"/> כריתת שדיים מניעתית <input type="radio"/> צד אחד <input type="radio"/> שני הצדדים ב. מתי התגלתה הבעיה לראשונה (תאריך) _____</p>
3. שחלות <input type="radio"/> חצוצרות: א. מהי התופעה ממנה את סובלת או סבלת: <input type="radio"/> ציסטה או גידול שפיר באיזה צד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל האם מדובר באירוע חד פעמי? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא מועד האירוע האחרון _____ <input type="radio"/> # שחלות פוליציסטיות <input type="radio"/> סרטן, נא צייני מועד סיום הטיפולים _____ אם חלפו 3 שנים מתום הטיפולים נא לצרף מכתב עדכני מהרופא עם התייחסות לטיפול, ולמצב כיום. ב. האם עברת כריתה: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן איזה צד <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> שני הצדדים <input type="radio"/> סיבה הכריתה: <input type="radio"/> הבעיה המוצהרת <input type="radio"/> היריון מחוץ לרחם <input type="radio"/> בעיה אחרת - נא פרטי (סיבה ומועד הניתוח) _____ ג. מתי התגלתה הבעיה לראשונה (תאריך) _____			4. אחר: <input type="radio"/> היריון מחוץ לרחם <input type="radio"/> הפלות חוזרות <input type="radio"/> אחר: פרטי _____ וצרפי מכתב מהרופא הגינקולוג המטפל, תוצאות בדיקות רפואיות (כולל בדיקה היסטולוגית) וסיכומי מחלה/ניתוח. א. מתי התגלתה הבעיה לראשונה (תאריך) _____
תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____			

	[16]	שאלון גידולי עור	<p>1. אם הגידול ממאיר רשום סוג? <input type="radio"/> SCC <input type="radio"/> BCC <input type="radio"/> אחר, פרט - _____ וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות בדיקה פתולוגית. 2. אם הגידול שפיר: א. מתי נתגלה הגידול? _____ ב. רשום כמה גידולים היו _____ אם עברו פחות משנתיים מעת גילוי הגידול - נא לצרף מכתב עדכני מרופא העור המטפל ותוצאות בדיקה היסטולוגית.</p>
תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____			

	[17]	שאלון ירידה בעצם ואוסטאופורוזיס	<p>1. האם אתה מקבל טיפול? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, ב- <input type="radio"/> תזונה מיוחדת <input type="radio"/> ויטמינים <input type="radio"/> תרופות, האם סבלת משברים ב-3 שנים האחרונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא למלא שאלון שברים מספר [18]. 3. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>
תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____			

	[18]	שאלון עצמות ושברים	<p>1. א. האם סבלת משבר? באיזה אבר? <input type="radio"/> גולגולת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> כתף ימין <input type="radio"/> כתף שמאל <input type="radio"/> שתי הכתפיים <input type="radio"/> צלעות <input type="radio"/> כף יד ימין <input type="radio"/> כף יד שמאל <input type="radio"/> שורש כף יד ימין <input type="radio"/> שורש כף יד שמאל <input type="radio"/> מרפק ימין <input type="radio"/> מרפק שמאל <input type="radio"/> יד ימין <input type="radio"/> יד שמאל <input type="radio"/> אצבעות ידיים <input type="radio"/> בהונות רגליים <input type="radio"/> חוליות עמוד שדרה גבי <input type="radio"/> חוליות עמוד שדרה מותני ב. מתי אירע השבר? _____ ג. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____ סוג הניתוח _____ בתאריך _____ ד. מה המצב היום? <input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> קיימת מגבלה בתנועה <input type="radio"/> קיימת נכות, רשום % הנכות _____ 2. האם סובל ממחלה בעצמות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם הערכה על התפקוד היומיומי והטיפול שניתן. 3. תופעה אחרת, פרט - _____ 4. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה המוצהרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז הנכות _____ 5. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>
תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____			

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים



<p>1. באיזה איבר הבעיה? <input type="radio"/> כתף ימין <input type="radio"/> כתף שמאל</p> <p>2. האם הבעיה במפרק היא? <input type="radio"/> שחיקה <input type="radio"/> פריקה, כמה זמן עבר מהפריקה _____ <input type="radio"/> ניתוח, כמה זמן עבר מהניתוח _____ <input type="radio"/> מחלות מפרקים, נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם הערכה למפרקים פגועים ועל התפקוד היומיומי והטיפול שניתן.</p> <p>3. האם הומלץ או מיועד לעבור ניתוח במפרק? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>4. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[19]</p> <p>שאלון בעיות מפרקים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. באיזה ברך הבעיה: <input type="radio"/> ברך ימין <input type="radio"/> ברך שמאל <input type="radio"/> שתי הברכיים</p> <p>2. האם נותחת או עברת ארטרוסקופיה בברך? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>3. האם אתה סובל מכאבים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>4. האם קיימת מגבלה בתנועה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>5. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זאת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז הנכות _____</p> <p>6. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[20]</p> <p>שאלון ברכיים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהי הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> בלט או פריצת דיסק באזור: <input type="radio"/> צווארי <input type="radio"/> גבי <input type="radio"/> מותני תחתון, עקמת <input type="radio"/> אחר, פרט - _____</p> <p>2. האם קיימת מגבלה בתנועה? _____</p> <p>3. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זאת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז הנכות _____</p> <p>4. האם נעדרת מהעבודה בגין הבעיה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>5. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[21]</p> <p>שאלון גב - עמוד שדרה</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, מתי הופסק הטיפול התרופתי (תאריך) _____</p> <p>2. האם בחצי השנה האחרונה היו לך התקפים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, כמה התקפים בחודש _____</p> <p>3. רשום מתי היה ההתקף האחרון? _____</p> <p>4. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[22]</p> <p>שאלון אפילפסיה</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם האשפוז או הניתוח קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן ← נא למלא שאלון מתאים</p> <p>2. מהי סיבת האשפוז או הניתוח?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="radio"/> לידה</td> <td style="width: 50%;"><input type="radio"/> # התייבשות</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> אפנדיציט</td> <td><input type="radio"/> דלקת בדרכי השתן</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> חום</td> <td><input type="radio"/> # דלקת קרום המוח</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> דלקת גרון</td> <td><input type="radio"/> דלקת אוזניים</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> דלקת ריאות</td> <td><input type="radio"/> גסטריטיס/שלשול/דיזינטריה</td> </tr> </table> <p>3. האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן - נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<input type="radio"/> לידה	<input type="radio"/> # התייבשות	<input type="radio"/> אפנדיציט	<input type="radio"/> דלקת בדרכי השתן	<input type="radio"/> חום	<input type="radio"/> # דלקת קרום המוח	<input type="radio"/> דלקת גרון	<input type="radio"/> דלקת אוזניים	<input type="radio"/> דלקת ריאות	<input type="radio"/> גסטריטיס/שלשול/דיזינטריה	<p>[23]</p> <p>שאלון אשפוזים וניתוחים</p>
<input type="radio"/> לידה	<input type="radio"/> # התייבשות										
<input type="radio"/> אפנדיציט	<input type="radio"/> דלקת בדרכי השתן										
<input type="radio"/> חום	<input type="radio"/> # דלקת קרום המוח										
<input type="radio"/> דלקת גרון	<input type="radio"/> דלקת אוזניים										
<input type="radio"/> דלקת ריאות	<input type="radio"/> גסטריטיס/שלשול/דיזינטריה										
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>											

טופס מס' 7005071 / 6/2011 דף מס' 5 ר"ה

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים ביטוח בריאות וחיים

בשביל השקט הנפשי שלך |

[24]

שאלון תאונות/נכות



1. רשום את סוג התאונה? דרכים עבודה צבא אחר, פרט - _____
2. תאריך התאונה? _____
3. האם הייתה פגיעה באיבר כלשהו? לא כן, נא סמן את האיברים שנפגעו/ו:
 - גולגולת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
 - אף שורש כף יד ימין
 - כתף ימין שורש כף יד שמאל
 - כתף שמאל מרפק ימין
 - שתי הכתפיים מרפק שמאל
 - צלעות יד ימין
 - כף יד ימין יד שמאל
 - כף יד שמאל אצבעות ידיים
4. האם עבר ניתוח? לא כן
 מה המצב כיום? תקין קיימת מגבלה, נכות, אחוז הנכות הוא _____
 האם הוגשה תביעה לנכות? לא כן

- בהונות רגליים
- חוליות עמוד שדרה גבי
- חוליות עמוד שדרה מותני - תחתון
- חוליות עמוד שדרה צווארי
- אגן ירכיים
- מפרק ירך ימין
- מפרק ירך שמאל
- ברך ימין
- ברך שמאל
- שתי הברכיים
- קרסול ימין
- קרסול שמאל
- רגל ימין
- רגל שמאל
- אחר

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[25]

שאלון הפרעת נפש/מחלת נפש

1. האם אובחנת כסובל מאחת מן המחלות שלהלן? שסעת (סכיזופרניה) מחלה אפקטיבית ביפולרית (מניה דיפרסיה) מחלה אפקטיבית אוניפולרית (דיכאון) מחלת נפש אחרת, פרט _____
2. האם אתה מטופל תרופתית? לא כן, רשום את סוג התרופה/ות באותיות לועזיות _____
3. האם אושפזת במחלקה או בבית חולים פסיכיאטרי במהלך הטיפול במחלתך? לא כן, כמה פעמים אושפזת? _____
4. נא רשום את תאריך האשפוז האחרון _____
5. מתי הייתה הפעם האחרונה שסבלת מן המחלה? (רשום תאריך) _____
6. האם היו ניסיונות התאבדות? לא כן _____
7. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו? לא כן, אחוז הנכות _____
7. מתי התגלתה הבעיה? _____

נא צרף מכתב עדכני מפסיכיאטר, הכולל: אבחנה רפואית למחלת הנפש, דרגת חומרת המחלה, מספר התקפים שהיו, תאריך התקף אחרון, כיצד מטופל באופן קבוע, מה מיון התרופה/ות, הערכה פסיכיאטרית המתייחסת למצב הקוגניטיבי, הנפשי, התפקודי ומה הפרוגנוזה והסיכוי להישנות המחלה.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[26]

שאלון עישון

מבוטח ראשי	ליום שנוהג לעשן כמות סיגריות	כמה שנים מעשן	אם הפסקת לעשן לפני כמה שנים	חתימה
בן/בת זוג				
ילדים 1				
2				
3				
4				
5				

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[27]

שאלון במשפחה במחלות

סמן ב-✓ במקום המתאים	מחלות לב			סרטן			סוכרת			הפרעה נפשית			ניסיון התאבדות			
	לא	כן	בגיל	לא	כן	בגיל	לא	כן	בגיל	לא	כן	בגיל	לא	כן	בגיל	
אב																
אם																
אח/אחות																
אח/אחות																
בן/בת																
בן/בת																

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

