

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממוזגן של שלוח וסרה"ציון

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?</p> <p><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 <input type="radio"/> עיוורון, האם הבעיה מולדת? <input type="radio"/> לא, נא צרף מכתב עדכני מרופא העיניים המטפל. <input type="radio"/> כן, האם בשתי העיניים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> פזילה, האם עברת ניתוח <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בתאריך _____</p>	<p>[1]</p> <p>שאלון עיניים</p>
<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>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____ </p>	

<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?</p> <p><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 - _____ כמה התקפים היו ב-5 השנים האחרונות. _____ <input type="radio"/> ניתוח מחיצת האף <input type="radio"/> כפתורים באוזניים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____ <input type="radio"/> דלקות אוזניים חוזרות, 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</p>	<p>[2]</p> <p>שאלון אף-אוזן-גרון</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>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____ </p>	

<p>1. האם אתה סובל מאסטמה? <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"/> קבוע <input type="radio"/> רק בזמן התקף</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>[3]</p> <p>שאלון אסטמה (ברונכית כרונית) וריאות</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____ </p>	

<p>1. מהי המחלה/הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?</p> <p><input type="radio"/> התקף לב, רשום מתי אירע ההתקף האחרון. _____ אם היה התקף בשנה האחרונה, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג. <input type="radio"/> מחלת לב איסכמית <input type="radio"/> אנגינה פקטוריס <input type="radio"/> פלפיטציות <input type="radio"/> פרפור פרוזדורים/הפרעות קצב <input type="radio"/> מחלות מסתמים: <input type="radio"/> מיטראלי <input type="radio"/> פולמונורי (ריאתי) <input type="radio"/> אורטלי <input type="radio"/> יותר ממסתם אחד</p>	<p>[4]</p> <p>שאלון לב</p>
<p>2. מומי לב מולדים, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ואקו לב. <input type="radio"/> קרדיומופתיה - 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 <input type="radio"/> מחלת/בעיית לב אחרת, פרט - _____</p> <p>נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____ </p>	

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממוזגן של שלוח וסרה"ציון

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



<p>1. רשום ערך עדכני (לאחר הטיפול) _____</p> <p>2. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה _____</p> <p>אם אינך מטופל תרופתית ו/או אתה צעיר מגיל 30, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>[5]</p> <p>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]</p> <p>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 (בוורידי הרגליים) <input type="radio"/> קרוטיס (בעורקי הצוואר) <input type="radio"/> DVT (פקקת/טרומבозה), נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>2. בעייה אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - <input type="checkbox"/> וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>[7]</p> <p>שאלון מחלת כלידים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מתי נתגלתה המחלה? _____</p> <p>2. האם המחלה פעילה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. האם קיימת פגיעה באיבר כלשהו עקב המחלה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - <input type="checkbox"/></p>	<p>[8]</p> <p>שאלון FMF</p>
<p>4. האם אתה מטופל? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, האם היו לך התקפים ב-3 השנים האחרונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</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"/> 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</p> <p>2. מתי היה האירוע האחרון של התופעה? _____</p> <p>3. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - <input type="checkbox"/></p> <p>סוג הניתוח _____ בתאריך _____</p> <p>4. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - <input type="checkbox"/></p> <p>האם ב- <input type="radio"/> קורטיזון <input type="radio"/> אחר, נא רשום - _____</p>	<p>[9]</p> <p>שאלון מערכת העיכול</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהו סוג הצהבת שאתה סובל/סבלת ממנה, או האם אתה נשא של הנגיף? <input type="radio"/> צהבת A <input type="radio"/> צהבת B <input type="radio"/> צהבת C <input type="radio"/> צהבת ילודים, האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות מעודכנות של בדיקות תפקודי כבד. מחלת כבד אחרת, פרט - _____</p> <p>2. וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. מתי התגלתה המחלה? _____</p> <p>4. האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p>	<p>[10]</p> <p>שאלון צהבת וכבד</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

טופס מספר 9630002 / 9/2007 / ת"ר 2005

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממיזוג של שלוח וסרה-ציון

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



<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 מהרופא המטפל ותוצאות בדיקה פתולוגית. 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</p>	<p>[11]</p> <p>שאלון בלוטת המגן (תריס)</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם אתה מטופל באינסולין? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בו ופרט האם קיימת פגיעה באברי מטרה. 2. האם מחלת הסוכרת מטופלת? <input type="radio"/> כן, פרט - _____ א. מה רמת הסוכר? _____ אם יותר מ-150, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. 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"/> רפלוקס 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. סוג הטיפוּל: _____ <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</p> <p>2. אם לך כליה אחת? א. סמן הסיבה: <input type="radio"/> מולד <input type="radio"/> ניתוח תרומה, רשום מתי עברת הניתוח _____ <input type="radio"/> ניתוח אחר, נא צרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל ותוצאות תפקודי כליה. ב. האם תפקודי הכליות תקינים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> אחר, פרט - _____ וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>[13]</p> <p>שאלון כליות ודרכי השתן</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. האם אתה סובל/סבלת מגידול? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, הגידול היה <input type="radio"/> שפיר <input type="radio"/> ממאיר</p> <p>4. האם אתה סובל/סבלת מבלוטה מוגדלת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם עברו פחות משנתיים מאז שעברת את הניתוח - נא לצרף מכתב עדכני מהאורולוג המטפל ותוצאות בדיקה פתולוגית.</p>	<p>[14]</p> <p>שאלון בלוטת המגן הערמונית</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהי התופעה ממנה את סובלת/סבלת? <input type="radio"/> ציסטות/גידול שפיר בשדיים <input type="radio"/> ציסטות/גידול שפיר בשחלות <input type="radio"/> ציסטות/גידול שפיר ברחם <input type="radio"/> מיומה ברחם <input type="radio"/> מחלת צוואר הרחם <input type="radio"/> תופעה גינקולוגית אחרת, פרטי _____</p> <p>2. האם עברת כריתת רחם? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, רשמי מתי _____ וסמני הסיבה: <input type="radio"/> סרטן רחם <input type="radio"/> צניחת רחם <input type="radio"/> מיומה ברחם <input type="radio"/> דימום ברחם <input type="radio"/> ציסטה ברחם <input type="radio"/> סיבה אחרת, פרטי - _____</p> <p>3. האם עברת ניתוח כריתת חצוצרות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, סמני הסיבה: <input type="radio"/> היריון מחוץ לרחם <input type="radio"/> ציסטה/גידול שפיר בחצוצרה <input type="radio"/> סיבה אחרת, פרטי - _____ וצרפי מכתב עדכני מהגינקולוג המטפל, תוצאות בדיקות רפואיות (כולל בדיקה פתולוגית) וסיכומי מחלה/ניתוח.</p> <p>4. האם עברת ניתוח כריתת שחלה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, סמני הסיבה: <input type="radio"/> כריתת שחלה אחת <input type="radio"/> כריתת שתי שחלות, עקב: <input type="radio"/> סרטן <input type="radio"/> ציסטה/גידול שפיר <input type="radio"/> סיבה אחרת, פרטי - _____ וצרפי מכתב עדכני מהגינקולוג המטפל, תוצאות בדיקות רפואיות (כולל בדיקה פתולוגית) וסיכומי מחלה/ניתוח.</p>	<p>[15]</p> <p>שאלון נשים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

טופס מספר 7000394 9/2005 דף מס' 3 ר"ה

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממיזוג של שלוח וסרה"צין

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



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

<p>האם אתה מקבל טיפול? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, ב- _____ 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].</p> <p>אישה מתחת לגיל 40 או גבר - נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p>[17]</p> <p>שאלון אוסטאוו- פרוזיס</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>2. מתי אירע השבר? _____</p> <p>3. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____ סוג הניתוח _____ בתאריך _____</p> <p>4. מה המצב היום? <input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> קיימת מגבלה בתנועה <input type="radio"/> קיימת נכות, רשום % הנכות _____</p> <p>5. תופעה אחרת, פרט - _____</p>	<p>1. באיזה איבר היה השבר? <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"/> צלע/ות <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</p> <p><input type="radio"/> חוליות עמוד שדרה גבי <input type="radio"/> חוליות עמוד שדרה מותני <input type="radio"/> חוליות עמוד שדרה צווארי <input type="radio"/> אגן ירכיים <input type="radio"/> מפרק ירך ימין <input type="radio"/> מפרק ירך שמאל <input type="radio"/> ברך ימין <input type="radio"/> ברך שמאל <input type="radio"/> שתי הברכיים <input type="radio"/> קרסול ימין <input type="radio"/> קרסול שמאל <input type="radio"/> רגל ימין <input type="radio"/> רגל שמאל <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/></p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. באיזה איבר הבעיה: <input type="radio"/> כתף ימין <input type="radio"/> כתף שמאל <input type="radio"/> מרפק ימין <input type="radio"/> מרפק שמאל <input type="radio"/> שורש כף יד ימין <input type="radio"/> שורש כף יד שמאל <input type="radio"/> מפרק ירך ימין <input type="radio"/> מפרק ירך שמאל <input type="radio"/> קרסול ימין <input type="radio"/> קרסול 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 _____ והאם המצב תקין <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא והאם המצב תקין <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</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. מתי החלה הבעיה? _____</p>	<p>[20]</p> <p>שאלון ברכיים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

טופס מספר 7000394 9/2005 דף מס' 4 ר"ה

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממוזג של שלוח וסרה"צין

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



[21]

מהי הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?
 בלט או פריצת דיסק באזור: צווארי גבי מותני תחתון,
האם קיימת מגבלת תנועה או נכות? לא כן
 עקמת, האם קיימת הגבלת תנועה? לא כן
 אחר, פרט - _____

צרף מכתב עדכני מהאורטופד המטפל ותוצאות בדיקות רפואיות.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

שאלון גב - עמוד שדרה

[22]

1. האם אתה מטופל תרופתית? לא כן
2. האם בחצי השנה האחרונה היו לך התקפים? לא כן, כמה התקפים בחודש _____
3. רשום מתי היה ההתקף האחרון? _____

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

שאלון אפילפסיה

[23]

1. האם האשפוז קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות? לא כן, נא למלא שאלון מתאים.
2. מהי סיבת האשפוז? לידה אפנדיציט חום דלקת גרון דלקת ריאות דלקת בדרכי השתן דלקת אוזניים גסטריטיס/שלשול/דיזנטריה דלקת בדרכי הנשימה אחרת, נא לצרף מכתב סיכום אשפוז.
רשום מתי אושפזת? _____ מספר ימי האשפוז? _____
רשום מתי אושפזת? _____ מספר ימי האשפוז? _____
3. האם אושפזת יותר מפעם אחת בגלל אותה סיבה? לא כן, אם כן, נא צרף מכתב עדכני מן הרופא המטפל.
4. האם הבעיה עדיין קיימת? לא כן, אם כן - נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

שאלון אשפוזים

[24]

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 בהונות רגליים ברך ימין
 כתף ימין שורש כף יד שמאל חוליות עמוד שדרה גבי ברך שמאל
 כתף שמאל מרפק ימין חוליות עמוד שדרה מותני שתי הברכיים
 שתי הכתפיים מרפק שמאל חוליות עמוד שדרה צווארי קרסול ימין
 צלע/ות יד ימין אגן ירכיים קרסול שמאל
 כף יד ימין יד שמאל מפרק ירך ימין רגל ימין
 כף יד שמאל אצבעות ידיים מפרק ירך שמאל רגל שמאל
 אחר

מה המצב כיום? תקין קיימת מגבלה, נכות, אחוז הנכות הוא _____
4. האם הוגשה תביעה לנכות? לא כן

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

שאלון תאונות/ נכות

[25]

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? _____
נא רשום את תאריך האשפוז האחרון _____
4. מתי הייתה הפעם האחרונה שסבלת מן המחלה? (רשום תאריך) _____
5. האם היו ניסיונות התאבדות? לא כן

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

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

שאלון הפרעת נפש/ מחלת נפש