

# קפוסטא רפואת ספורט

תאריך הבדיקה \_\_\_\_\_  
מקום הבדיקה \_\_\_\_\_  
אתר אינטרנט: [www.kapusta.co](http://www.kapusta.co)

רח' הנביאים 8, רחובות פקס 08-9412002 נייד 052-3525861  
באישור משרד הבריאות מס' רישום 57743  
נבדקים מתחת לגיל 18 השאלון ימולא ויחתם ע"י ההורים

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מין: ז / נ

גובה \_\_\_\_\_ משקל \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ כתובת: רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ טל \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

שם הקבוצה \_\_\_\_\_ ענף הספורט \_\_\_\_\_ ק.חולים: כללית, לאומית, מאוחדת, מכבי. ביטוח מושלם כן/לא

**למבוטח כללית מושלם:** הנני לאשר כי שילמתי על פי תנאי תוכנית הביטוח השתתפות עצמית בסך 50 ₪. כמו כן, הנני מבקש/ת ומאשר/ת לכם על פי זכויותי בתוכנית הביטוח להעביר את המגיע לי לכיסוי עלויות הטיפול ישירות לנון השירות. מובהר לי בזה, כי לא יכוסו מקרי הביטוח: הנובעים מתאונות דרכים או מתאונות עבודה. מס' תביעה: \_\_\_\_\_

## שאלון רפואי (אנאמנזה)

- |  |       |   |       |
|--|-------|---|-------|
| 1. האם אושפזת אי-פעם?                                      | כן/לא | 17. האם סבלת אי-פעם מהמחלות הבאות?              | כן/לא |
| 2. האם עברת ניתוח?   | כן/לא | 18. האם נפצעת אי-פעם באחד או יותר מן האיברים:   | כן/לא |
| 3. האם את/ה סובלת/ת מקוצר נשימה?                           | כן/לא | 19. האם סבלת אי-פעם מהתכווצויות חום?            | כן/לא |
| 4. האם את/ה נוטלת/ת תרופות באופן קבוע?                     | כן/לא | 20. האם אבדת אי-פעם הכרה בחום?                  | כן/לא |
| 5. האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות, דבורים וכו'?       | כן/לא | 21. מתי קיבלת לאחרונה חיסון נגד צדפת (טטנוס)?   | כן/לא |
| 6. האם ארע לך אירוע של איבוד הכרה?                         | כן/לא | 22. האם יש לך אשך אחד או אשך אחד מהשניים מנוון? | כן/לא |
| 7. האם סבלת כאבים בחזה?                                    | כן/לא | 23. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון?              | כן/לא |
| 8. האם הייתה לך הרגשה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב? | כן/לא | 24. מתי הופיע המחזור האחרון?                    | כן/לא |
| 9. האם את/ה סובלת/ת מיתר לחץ דם?                           | כן/לא | 25. האם המחזור מופיע באורח סדיר?                | כן/לא |
| 10. האם סבלת מסחרחורת?                                     | כן/לא | 26. האם את לוקחת גלולות למניעת הריון?           | כן/לא |
| 11. האם דווח לך אי-פעם על אוושה או רשרוש בלבך?             | כן/לא |   |       |
| 12. האם משהוא ממשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי?       | כן/לא |   |       |
| 13. האם את/ה סובלת/ת מבעיות עור (גירוד, עור שסוע)?         | כן/לא |   |       |
| 14. האם נפגעת פגיעת ראש אי-פעם / האם היה לך זעזוע מוח?     | כן/לא |   |       |
| 15. האם את/ה מעשן?   | כן/לא |   |       |
| 16. האם את/ה סובלת/ת מנכות כלשהי?                          | כן/לא |   |       |

הסברים נוספים בעקבות התשובות: 1-26

הצהרה: הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעייל על מצבי הרפואי בעבר ובהווה הנן מלאות ונכונות. הנני מתיר למסור את הטופס הבדיקה הרפואית למי שהפנה אותי לבדיקה זו.

חתימת הנבדק \_\_\_\_\_

לקטינים (מתחת לגיל 18): שם ההורה \_\_\_\_\_ ת.ז. ההורה \_\_\_\_\_ חתימת ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_

סוג בדיקה:  אק"ג במנוחה  ארגומטריה  אחר  בקרה:  A  B  C

ממצאי הבדיקה: ל"ד \_\_\_\_\_ ממ"כ דופק \_\_\_\_\_ לדקה. אק"ג במנוחה \_\_\_\_\_  
ראש \_\_\_\_\_ צוואר \_\_\_\_\_ בית חזה: סימטרי / אסימטרי \_\_\_\_\_ ריאות \_\_\_\_\_ האזנת הלב \_\_\_\_\_  
בטן(טחול,כבד) \_\_\_\_\_ מפשעות \_\_\_\_\_ בדיקה אורטופדית: ע"ש \_\_\_\_\_ פרקים \_\_\_\_\_ עצמות \_\_\_\_\_  
בדיקה נוירולוגית \_\_\_\_\_ עור \_\_\_\_\_ פירוט ממצאים פתולוגיים \_\_\_\_\_  
ארגומטריה: פרוטוקול \_\_\_\_\_ אק"ג במאמץ \_\_\_\_\_ אק"ג בהתאוששות \_\_\_\_\_

סיכום:  כשיר לפעילות גופנית ללא מגבלות  כשיר עם מגבלות הבאות: \_\_\_\_\_  
 הופנה לבירור שיכלול: \_\_\_\_\_  בלתי כשיר לפעילות ספורטיבית