

הצהרת בריאות מלאה למועמד יחיד

		<p>הצהרת בריאות מלאה - הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן: - תקופת ההצהרת הבריאות הינו 45 יום ממועד החתימה. מעבר ל-45 יום - נדרשת הצהרת בריאות חדשה (בהתאם להסכם עם הסוכן)</p>	
ק	לא		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	האם מונה לך אפוסטרופוס על רקע רפואי? במידה והתשובה חיובית שאלה לאפוסטרופוס, נא פרט: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	האם הסיבה בגינה מונה אפוסטרופוס _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3	האם המועמד אובחן עם פיגור שכלי, אלצהיימר, אוטיזם (rAutism Spectrum Disorder) (ASD)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4	גובה, משקל _____ לנשים: האם הינך בהריון? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? - אם כן, נא הסבר: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6	האם היה במשפחתך (הורים, ילדים, אחים) מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטן, מחלות נפש, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 55? - אם כן, נא פרט: _____ גיל _____ קרבה _____ סיבה _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7	האם יש או הייתה לך נכות קבועה/ צמיתה או זמנית (זמנית ב- 5 שנים האחרונות) או הינך בהליך קביעת נכות או בעל מום מולד? <input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> זמנית <input type="radio"/> טרם נקבעה אחוז הנכות % _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8	האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ- 3 שבועות? - אם כן, נא פרט _____ שם תרופה _____ סיבה _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9	האם עברת ניתוח ב- 10 השנים האחרונות או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת ב- 5 השנים האחרונות? - אם כן, נא פרט: _____ מועד _____ / _____ / _____ משך האשפוז _____ סוג ניתוח/סיבת אשפוז _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10	האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? - אם כן, נא פרט: _____ סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה _____ / _____ / _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11	האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? האם הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן, נא פרט: _____ כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12	האם סבלת בשנה האחרונה מהירידות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי שהתבטא בהפרעות זיכרון, קשיים בביטוי שפתי (דיבור), ליקוי אוריינטציה (ליקוי התמצאות, איבוד דרכך ולא הצלחת להגיע ליעדך), בלבול בזמן או בתאריך? האם עברת ב- 5 השנים האחרונות בדיקה או הינך מועמד לבדיקה כולל רנטגן, US (אולטרסאונד), CT, MRI, אקולב, צינתור, מיפוי, בדיקת מאמץ (ארגומטריה), דופלר, גסטרוסקופיה או קולונוסקופיה, ציסטוסקופיה, היסטרוסקופיה או ביופסיה? - אם כן, נא פרט: _____ מועד _____ / _____ / _____ סוג הבדיקה _____ תוצאות _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13	האם בשנה האחרונה נעדרת מהעבודה מעל- 21 ימים ברציפות או מעל 30 ימים לא ברציפות בשל מצב רפואי? שאלון מחלות האם במהלך חיך אובחנו מומים/הפרעות באחד או יותר מהאיברים/או המערכות הבאים/או חלית באחת המחלות הבאות ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א	לרבות מחלת לב איסכמית, הפרעות קצב, הפרעות במסתמי הלב, מום לב מולד, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב	מחלות כלי דם / מחלות דם לרבות יתר לחץ דם, מפרצת, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, אנמיה, פוליציטמיה, בעיות בטסיות או בכדוריות דם לבנות, טלסמיה, מיאלומה, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תסחיף, טחול מוגדל, כשל חיסוני) תת קרישיות, APLA, תת קרישיות
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג	מחלה ממארת / גידול סרטני או גידול שפיר לרבות גידול שפיר או ממאיר/גידול סרטני כלשהו כולל סרטן עור, מלנומה וגידולים המטולוגיים (לוקמיה או לימפומה)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד	מחלות כליות ודרכי השתן לרבות אבנים, ציסטות בכליות, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, הידרונפרוזיס, האם טופלת או הינך מטופל בדיאליזה, הגדלת ערמונית (פרוסטטה) PSA מוגבר
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה	מחלות זיהומיות לרבות נשא של מחלה זיהומית כלשהי כולל איידס (HIV), צהבת זיהומית (D או B, C הפטיטיס)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו	מחלות עור לרבות פסוריאזיס או פמפיגוס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ז	מחלות חילוף חומרים לרבות סוכרת, סוכר גבוה (טרם סוכרת), יתר שומנים בדם, גאוק, ליקוי בתפקוד שחלות או אשכים, עודף או חסר בהרמוני מין, אנדומטריזיס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ח	מחלות דרכי העיכול לרבות מחלות מעי דלקתיות (קרן, אולצריטיב קוליטיס), מעי רגיז, דימום רקטלי, בקע (מפשעתי, טבורי, סרעפתי)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ט	מחלות כבד, צהבת, כיס מרה, לבלב לרבות הפרעה בתיפקודי כבד, שחמת (צירוזיס), אי ספיקת כבד, פנקריאטיטיס (דלקת לבלב)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	י	מחלות דרכי הנשימה / ריאה לרבות אסטמה, אמפיזמה (נפחת), מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), ברונכיט כרונית, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימה בשינה, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, שיעול ממושך (מעל 3 שבועות), שיעול דמי
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	יא	מחלות מערכת החושים לרבות עיוורון (מלא, חלקי), קטרקט, גלאוקומה, קרטוקונוס, היפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, ליקוי שיווי משקל. האם הינך בעל לקות ראייה של מעל 6/12 או מספר משקפיים (דיופטריה) מעל 6?

ל		כ		הצהרת בריאות - המשך	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	לרבות כאבי גב, בלט דיסק, פריצת דיסק, דלקת פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס), קרע שריר/ רצועה/ גיד/ מניסקוס, זאבת (לופוס, SLE), פיברומיאלגיה, FMF (דלקת ים תיכונית)		מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגית	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	לרבות פרקינסון, טרשת נפוצה (MS), אירוע מוחי (שבץ מוחי, CVA או TIA), שיתוק או חולשה בגפיים, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים (יותר מ- 4 פעמים בחודש), ליקויי קואורדינציה		מחלות מערכת העצבים	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	לרבות דיכאון, חרדה, פאניקה, הפרעת דחק בתר חבלתית (פוסט טראומה, PTSD), הפרעה דו קוטבית (הפרעה בי פולרית, מאניה דיפרסיה), סכיזופרניה, פסיכוזה		מחלות נפשיות	

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך					
1. סוכרת	2. גב ועמוד השדרה	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	4. דרכי הנשימה	5. נכויות/פציעות	6. דרכי העיכול
7. גידולים	8. בעיות נפשיות	9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי		

חתימה					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח	