



# שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

## ביטוח בריאות וחיים



2420

[ 1 ]

שאלון עיניים

1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?

- קטרקט
- גלאוקומה (לחץ תוך עיני)
- היפרדות רשתית
- קרטוקונוס
- אסטגמטיזם
- ניתוח לייזר לתיקון הראייה
- עיוורון:

- בעיה מולדת - האם בשתי העיניים?  לא  כן
- עקב תאונה - האם בשתי העיניים?  לא  כן
- עקב מחלה, פרט וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
- פזילה, האם עברת ניתוח  לא  כן בתאריך \_\_\_\_\_

2. האם אתה מרכיב משקפיים?  לא  כן, פרט -

מספרי העדשות \_\_\_\_\_

3. תופעה אחרת?  לא  כן, פרט -

וצרף מכתב עדכני מרופא העיניים המטפל.

4. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו?  לא  כן, אחוז נכות \_\_\_\_\_

5. מתי התגלתה הבעיה? \_\_\_\_\_

חתימת המבוטח

מספר זהות

שם המבוטח

תאריך

[ 2 ]

שאלון אף-אוזן-גרון

1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?

- שקדים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - \_\_\_\_\_
- שקד שלישי, אם עברת ניתוח, רשום מתי - \_\_\_\_\_
- יבלות במיתרי הקול
- פוליפים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - \_\_\_\_\_
- בעיית נחירות

תסמונת דום נשימה בשינה, אם כן - נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.

סינוסיטיס, רשום: ההתקף האחרון היה בתאריך - \_\_\_\_\_

כמה התקפים היו ב-5 השנים האחרונות \_\_\_\_\_

ניתוח מחיצת האף, רשום מתי - \_\_\_\_\_

האם הבעיה עדין קיימת?  לא  כן

כפתורים באוזניים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - \_\_\_\_\_

דלקות אוזניים חוזרות, מתי היה אירוע אחרון של התופעה? \_\_\_\_\_

ליקוי שמיעה כתוצאה מ-:  מום מולד  טנטון  פציעה  גיל  ורטיגו

2. תופעה אחרת/ניתוח אחר?

לא  כן, פרט -

וצרף מכתב עדכני מרופא אף-אוזן-גרון המטפל

3. מתי התגלתה הבעיה? \_\_\_\_\_

חתימת המבוטח

מספר זהות

שם המבוטח

תאריך

[ 3 ]

שאלון אסטמה, ברונכיית וריאות

1. האם אתה סובל מאסטמה/ברונכיית?

- לא  כן
- 2. האם קיימת אמפיזמה?  לא  כן
- 3. האם תפקודי הריאות תקינים?  לא  כן
- 4. האם מקבל טיפול?  קבוע - האם מטופל בסטרואידים  לא  כן
- 5. רשום מתי אירע ההתקף האחרון \_\_\_\_\_
- 6. מתי התגלתה הבעיה? \_\_\_\_\_

7. האם אתה סובל/סבלת ממחלת ריאות אחרת?  לא  כן, פרט -

וצרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות.

8. האם אושפזת ו/או נעדרת מהעבודה עקב הבעיה? נא רשום תאריך וכמה ימים \_\_\_\_\_

9. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה זו?  לא  כן, אחוז נכות \_\_\_\_\_

חתימת המבוטח

מספר זהות

שם המבוטח

תאריך

ט"ו 1 חס"א 4/2008 7005071 מספר הטופס

# שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

## ביטוח בריאות וחיים

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

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



<p>1. מהי המחלה/הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?</p> <p><input type="radio"/> התקף לב, רשום מתי אירע ההתקף האחרון _____</p> <p>אם היה התקף בשנה האחרונה, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג.</p> <p><input type="radio"/> מחלת לב איסכמית</p> <p><input type="radio"/> מומי לב מולדים, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ואקו לב.</p> <p><input type="radio"/> קרדיומיפתיה - נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ותוצאות בדיקות קרדיולוגיות.</p> <p><input type="radio"/> צנתור <input type="radio"/> צנתור עם בלון <input type="radio"/> צנתור עם בלון וסטנט</p> <p><input type="radio"/> אי-ספיקת לב</p> <p>2. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p><b>[ 4 ]</b></p> <p>שאלון לב</p>
<p>אנגינה פקטוריס <input type="radio"/></p> <p>פלפיטציות <input type="radio"/></p> <p>פרפור פרוזדורים/הפרעות קצב <input type="radio"/></p> <p>מחלות מסתמים: <input type="radio"/> מיטראלי <input type="radio"/> פולמונרי (ריאתי)</p> <p><input type="radio"/> אורטלי <input type="radio"/> יותר ממסתם אחד</p> <p><input type="radio"/> מחלת/בעיית לב אחרת, פרט - _____</p> <p>נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג.</p>	
<p>תאריך _____</p> <p>שם המבוטח _____</p> <p>מספר זהות _____</p> <p>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>3. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p><b>[ 5 ]</b></p> <p>שאלון יתר לחץ דם</p>
<p>תאריך _____</p> <p>שם המבוטח _____</p> <p>מספר זהות _____</p> <p>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><b>[ 6 ]</b></p> <p>שאלון כולסטרול טריגלי-צרידים</p>
<p>תאריך _____</p> <p>שם המבוטח _____</p> <p>מספר זהות _____</p> <p>חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?</p> <p><input type="radio"/> דליות (בוורידים הרגליים)</p> <p><input type="radio"/> קרוטיס (בעורקי הצוואר)</p> <p><input type="radio"/> DVT (פקקת/טרומבозה)</p> <p><input type="radio"/> PVD (מחלת כלי דם היקפיים)</p> <p>2. בעייה אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>אם אתה סובל/סבלת מיותר מתופעה אחת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה _____</p>	<p><b>[ 7 ]</b></p> <p>שאלון מחלת כלי דם</p>
<p>תאריך _____</p> <p>שם המבוטח _____</p> <p>מספר זהות _____</p> <p>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><b>[ 8 ]</b></p> <p>שאלון FMF</p>
<p>תאריך _____</p> <p>שם המבוטח _____</p> <p>מספר זהות _____</p> <p>חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?</p> <p><input type="radio"/> אולקוס (כיב) בקיבה</p> <p><input type="radio"/> אולקוס (כיב) בתרסריון</p> <p><input type="radio"/> גסטריטיס</p> <p><input type="radio"/> רפלוקס בדרכי העיכול</p> <p><input type="radio"/> אבנים בדרכי/כיס המרה,</p> <p>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><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><b>[ 9 ]</b></p> <p>שאלון מערכת העיכול</p>
<p>תאריך _____</p> <p>שם המבוטח _____</p> <p>מספר זהות _____</p> <p>חתימת המבוטח _____</p>	

# שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

## ביטוח בריאות וחיים



הראל  
חברה לביטוח



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

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

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

<p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?                  דלקות חוזרות בדרכי השתן, רשום את מספר ההתקפים _____ ומתי היה האירוע האחרון _____                  2. אם לך כליה אחת?                  א. סמן הסיבה:                  מולד ○                  ניתוח תרומה, רשום מתי עברת ניתוח _____                  ניתוח אחר, נא צרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל ותוצאות תפקודי כליה.                  ב. האם תפקודי הכליות תקינים? לא ○ כן                  אחר, פרט - _____                  וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.                  3. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p><b>[13]</b></p> <p><b>שאלון כליות ודרכי השתן</b></p> <p>○ רפלקס דרכי השתן                  ○ אי־ספיקת כליות                  ○ תסמונת נפרוטית - נא צרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל.                  ○ ציסטות בכליות - נא צרף תוצאות בדיקת תפקודי כליות, ומכתב עדכני מנפרולוג מטפל.                  ○ אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן האם:                  ○ בכליה אחת ○ בשתי כליות                  סוג הטיפול:                  ○ לא טופל ○ טיפול תרופתי מתאריך _____                  האם עדיין נוטל תרופות? לא ○ כן                  ○ ניתוח מתאריך _____                  ○ ריסוק בלייזר מתאריך _____                  האם על-פי הבדיקות האחרונות, הבעיה עדיין קיימת? לא ○ כן</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

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

# שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

## ביטוח בריאות וחיים

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



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

<p>1. אם הגידול ממאיר רשום סוג? <input type="radio"/> BCC <input type="radio"/> אחר, פרט - _____</p> <p>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 היסטולוגית.</p>	<p>[16] שאלון גידולי עור</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. 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>3. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[17] שאלון ירידה בצפיפות העצם ואוסטאו-פוזיס</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. באיזה איבר היה השבר? <input type="checkbox"/> גולגולת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> כתף ימין <input type="checkbox"/> כתף שמאל <input type="checkbox"/> שתי הכתפיים <input type="checkbox"/> צלע/זרוע <input type="checkbox"/> כף יד ימין <input type="checkbox"/> כף יד שמאל <input type="checkbox"/> שורש כף יד ימין <input type="checkbox"/> שורש כף יד שמאל <input type="checkbox"/> מרפק ימין <input type="checkbox"/> מרפק שמאל <input type="checkbox"/> יד ימין <input type="checkbox"/> יד שמאל <input type="checkbox"/> אצבעות ידיים <input type="checkbox"/> בהונות רגליים <input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה גבי <input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה מותני</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="checkbox"/> קיימת נכות, רשום % הנכות _____</p> <p>5. 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.</p> <p>6. תופעה אחרת, פרט - _____</p> <p>7. האם נקבעו אחוזי נכות עקב בעיה המוצהרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אחוז הנכות _____</p> <p>8. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p>[18] שאלון עצמות ושברים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	



# שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

## ביטוח בריאות וחיים



<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 _____ והאם המצב תקין <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ניתוח, כמה זמן עבר מהניתוח _____ והאם המצב תקין <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> מחלות מפרקים, נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם הערכה למפרקים פגועים ועל התפקוד היומיומי והטיפול שניתן.</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה? _____</p>	<p><b>[19]</b></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 <input type="radio"/> האם נותחת או עברת ארטרוסקופיה בברך? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> האם אתה סובל מכאבים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> 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><b>[20]</b></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 - _____ וצרף מכתב עדכני מהאורטופד המטפל ותוצאות בדיקות רפואיות.</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><b>[21]</b></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"/> לא <input type="radio"/> כן</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><b>[22]</b></p> <p>שאלון אפילפסיה</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	

<p>1. האם האשפוז 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? <input type="radio"/> לידה <input type="radio"/> אפנדיציט <input type="radio"/> חום <input type="radio"/> דלקת גרון <input type="radio"/> דלקת ריאות <input type="radio"/> דלקת בדרכי השתן <input type="radio"/> דלקת אוזניים <input type="radio"/> גסטריטיס/שלשול/דיזנטריה <input type="radio"/> דלקת בדרכי הנשימה <input type="radio"/> אחרת, נא לצרף מכתב סיכום אשפוז. _____ מספר ימי האשפוז? _____</p> <p>רשום מתי אושפזת? _____ מספר ימי האשפוז? _____</p> <p>3. האם אושפזת יותר מפעם אחת בגלל אותה סיבה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, נא צרף מכתב עדכני מן הרופא המטפל.</p> <p>4. האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן - נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p>	<p><b>[23]</b></p> <p>שאלון אשפוזים</p>
<p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p>	



# שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

## ביטוח בריאות וחיים

[24]

שאלון  
תאונות/  
נכות



2420

1. רשום את סוג התאונה?  דרכים  עבודה  צבא  אחר, פרט - \_\_\_\_\_
2. תאריך התאונה? \_\_\_\_\_
3. האם הייתה פגיעה באיבר כלשהו?  לא  כן, נא סמן את האיבר/ים שנפגעו/ו:
  - גולגולת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
  - אף  שורש כף יד ימין  בהונות רגליים  ברך ימין  כתף ימין  שורש כף יד שמאל  ברך שמאל
  - שתי הכתפיים  מרפק ימין  מרפק שמאל  שתי הברכיים  מרפק ימין  מרפק שמאל  קרסול ימין  יד ימין  יד שמאל  קרסול שמאל  כף יד ימין  כף יד שמאל  רגל ימין  רגל שמאל  אחר
4. מה המצב כיום?  תקין  קיימת מגבלה,  נכות, אחוז הנכות הוא \_\_\_\_\_  
האם הוגשה תביעה לנכות?  לא  כן

תאריך

שם המבוטח

מספר זהות

חתימת המבוטח

[25]

שאלון  
הפרעת  
נפש/  
מחלת  
נפש

1. האם אובחנת כסובל מאחת מן המחלות שלהלן?  ששעת (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  
מחלות  
במשפחה

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