



## טופס מידע רפואי

05-31.07.18	ישראל	חץ וקשת/ שותפים
תאריכי הנסיעה	יעד המשלחת	שם המשלחת

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מס' תעודת זהות
---------	----------	------------	----------------

שם האם	טלפון נייד של האם	שם האב	טלפון נייד של האב
--------	-------------------	--------	-------------------

שם קופת חולים	סניף קופת חולים	שם רופא מטפל	טלפון במרפאה
---------------	-----------------	--------------	--------------

סמן ב- YES או NO. במקרה של תשובה חיובית, יש לפרט בסעיף הערות (בסוף).

DISEASE OF THE JOINTS	[NO]	[YES]	מחלות פרקים
LUNG DISEASE	[NO]	[YES]	מחלות ריאה
DIGESTIVE PROBLEMS	[NO]	[YES]	מחלות דרכי עיכול
ALLERGIES	[NO]	[YES]	רגישות יתר (אלרגיה)
KIDNEY & URINARY DISEASE	[NO]	[YES]	מחלות כליות ודרכי שתן
ACCIDENTS & FRACTURES	[NO]	[YES]	תאונות ושברים
OPERATIONS	[NO]	[YES]	ניתוחים
HOSPITALIZATION IN LAST 6 MONTHS	[NO]	[YES]	האם אושפז בחצי השנה האחרונה?
NERVOUS SYSTEM	[NO]	[YES]	מערכת העצבים
SIGHT & HEARING	[NO]	[YES]	ראייה/ שמיעה
SPINE	[NO]	[YES]	עמוד השדרה
LIMBS	[NO]	[YES]	גפיים
HEART	[NO]	[YES]	לב
BREATHING	[NO]	[YES]	נשימה
STOMACH	[NO]	[YES]	בטן
MENTAL PROBLEMS	[NO]	[YES]	בעיות נפשיות
GYNECOLOGICAL PROBLEMS	[NO]	[YES]	בעיות גניקולוגיות / היריון
MEDICINE OF CONSTANT USE	[NO]	[YES]	תרופות קבועות
DIET	[NO]	[YES]	דיאטה

הערות: \_\_\_\_\_ NOTES: \_\_\_\_\_

הנני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי במצבו הרפואי של בני/בתי במהלך תהליך ההכשרה/ במשלחת ישירות ובכתב למחלקה לקשרים בינלאומיים, תנועת הצופים. אין צורך במסמך רופא, מסמך זה יהווה אישור לכל הפעילות במסגרת המשלחת. \*במידה ויש מצב רפואי בעייתי/ אשפוז אנה צרפו אישור השתתפות מרופא.