



טופס מידע רפואי

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

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

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
ALERGIES	[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: _____

אי מסירת מידע רפואי או מסירת מידע חלקי תטופל בחומרה בפן המשמעותי.
הנני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי במצבו הרפואי של בני/בתי במהלך תהליך ההכשרה ישירות ובכתב למחלקה לקשרים בינלאומיים, תנועת הצופים.

תאריך _____ DATE _____
חתימת ההורים _____ PARENTS SIGNATURE _____