כרטיס מתרפא

|  |
| --- |
| **שם משפחה** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **שם פרטי** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ז**/**נ ת. לידה** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  כתובת:\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת. דואר: \_\_\_\_\_\_\_\_  ת.ז.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מצב משפחתי ר/נ/ג \_\_\_\_\_ביטוח שיניים פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| מספרי טלפון: בית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_ |
| כתובת איימל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| מקום עבודה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| פירטי רופא המשפחה הכללי המטפל במתרפא |
| שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ישוב : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| נא ענה על כל השאלות | | | | | | |
| 1. | | האם היית מאושפזת בבית חולים במשך שלוש השנים האחרונות? \_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_ | כן/לא | 8. | האם את/ה משתמש/ת או השתמשת בעבר בסמים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | כן/לא |
| 2. | | האם עליך לראות רופא באופן קבוע לצורך טיפול רפואי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | כן/לא | 9. | האם קבלת עירוי דם? אם כן מתי? \_\_\_\_\_ | כן/לא |
| 3. | | האם הנך זקוק/ה לקחת תרופות באופן סדיר? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | כן/לא | 10. | סמן/ני עיגול מסביב לכל אחת מן המחלות הבאות, אם הייתה לך בעבר |  |
| 4. | | האם יש לך אלרגיה לפניצילין? \_\_\_\_\_\_\_ | כן/לא |  | ♦מחלת לב ♦דלקת פרקים ♦שחפת ♦אוושה (רשרוש בלב)  ♦צהבת ♦אפילפסיה ♦מום לב מלידה ♦אסטמה  ♦סינוסיטיס ♦לחץ דם גבוה ♦שיעול ♦מחלת כבד ♦איידס  ♦אנמיה ♦סכרת ♦מחלת כליות | |
| 5. | | האם יש לך אלרגיה לכל תרופה או חומר אחר? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_ | כן/לא |  |
| 6. | | האם היה לך אי-פעם דימום (שטף דם, שטף דם פנימי) שהצריך טיפול רפואי להפסקתו? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | כן/לא | 11. | האם היתה לך (או יש לך עכשיו)  מחלה רצינית אחרת שלא הוזכרה ברשימה?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | כן/לא |
| 7. | | האם את/ה מעשן/נת?  אם כן, כמה סיגריות ליום? \_\_\_\_\_\_\_ | כן/לא | 12. | לנשים בלבד: האם את בהריון עכשיו? | כן/לא |

הריני מצהיר וחותם בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל נכונים. במקרה שלא נמסרו פרטים נכונים האחריות מוטלת עלי.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| שם מלא | חתימה | תאריך |

אנה הודע לנו על כל שינוי במצב בריאותך. תודה

|  |  |
| --- | --- |
| תאריך | טיפול |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |