

שם הסוכן:

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות בשאלונים מטה.
ידוע לי שכלל שיימצא שהפרטים שמסרתי בשאלוני הבריאות, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצבי הבריאותי במועד מתן ההצהרה, עשויה לכך להיות השפעה על זכאותי לקבלת קצבת נכות, ובמקרה של פטירה חו"ח, לזכאותם של שאיריי לקבלת קצבת שאירים. חתימתי מטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

1 שאלון סמים

1. מה סוג הסם?
 אחד מהבאים: חשיש, מריחואנה, גראס, קנאביס?
 סם אחר*
***בבקשה לצרף מסמך עדכני מרופא הכולל פירוט סמים, בדיקות מעבדה לרבות סרולוגיה ודם בשתן, האם נוטלת כיום או עברת גמילה.**
 2. אם השימוש רפואי (בהוראת הרופא)? לא כן*
***בבקשה לצרף תעודה רפואית לבעיה הרלוונטית**
 3. האם משתמש/ת כיום? לא כן
 4. מתי השתמשת בסמים בפעם האחרונה?

5. כמה פעמים בחודש?

.....

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

2 שאלון לב

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בלב?
 התקף לב (אוטם בשריר הלב)
 צנתור
 מחלת לב איסכמית / אנגינה פקטוריס
 ניתוח מעקפים
 הפרעות קצב לב (פלפיטציות)
 מחלות מסתמים:
 באיזה מסתם קיימת הבעיה?
 מיטראלי פולמונורי (ריאתי) אורטלי
 טריקוספידלי יותר ממסתם אחד
 ASD
 VSD
 PFO
 איוושה* / "רשרוש" בלב*
***בבקשה לצרף תוצאות אקו לב**
 בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות - בבקשה לצרף מכתב עדכני מקרדיולוג בצירוף תוצאות בדיקות שובצעו בנושא:
 מומי לב מולדים
 השתלת לב
 קרדיומיופטיה
 אי-ספיקת לב
 בעית לב אחרת:

.....

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

3 שאלון יתר לחץ דם

1. מהם ערכי לחץ הדם העדכניים?
 הערך גבוה (סיסטולי): הערך נמוך (דיאסטולי):

2. אם הנך מטופל/ת תרופתית? לא כן
אם אינך מטופל/ת תרופתית ו/או הינך מתחת לגיל 30, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל

.....

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

4 שאלון מחלת כלי דם

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בכלי הדם?
 דליות בוורידי הרגליים
 האם קיימות תופעות נלוות כגון כאבים, נפיחות, שינויים בעור, בצקות וכדומה? לא כן
 DVT (פקקת / טרומבозה)
 PVD (מחלת כלי דם היקפיים)*
 חסימה / היצרות בעורקי הקרוטיס (עורקי הצוואר)*
***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא כולל תוצאות דופלר עורקי צוואר עדכניים**
 תופעה / בעיה אחרת בכלי הדם*
***בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:**

.....

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------



שם הסוכן:

5 שאלון סוכרת

1. כיצד אתה מטופל? איני מטופל* אני מטופל בדיאטה בלבד אני מטופל באינסולין* אני מטופל בכדורים, פירוט:

2. מה רמת הסוכר בדם (על פי בדיקות מ-6 חודשים אחרונים)? רמת HbA1C
אם ערך הגלוקוז עולה על 150 או ערך HbA1C גבוה מ-8, יש להעביר דוח רפואי*

3. מתי התגלתה המחלה?

4. האם ידוע לך על פגיעה באיברי מטרה (עיניים, כליות, לב, עצבים)? כן* לא

***נא לצרף דוח רופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, מדדי לחץ דם, התיחסות לפגיעה באיברי מטרה, כולל בדיקות דם ושתן מלאות.**

.....

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

6 שאלון צהבת וכבד

מהי המחלה, התופעה או הפרעה שהייתה לך או קיימת כיום הקשורה בצהבת ו/או במערכת העיכול:

צהבת או נשאות של נגיף הצהבת (הפטיטיס) מסוג:

צהבת A

האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? לא כן

צהבת B

צהבת C

צהבת ילודים

האם הבעיה עדיין קיימת? לא כן

צהבת מסוג אחר*

שחמת*

הפרעה בתפקודי כבד מסיבה לא ידועה*

השתלת כבד*

מחלה או תופעה אחרת בכבד*

כבד שומני

האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? לא* כן*

במידה וקיים סימון כוכבית (*) לצד השאלה, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות מעודכנות של בדיקת כבד וסרולוגיה

.....

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

7 שאלון עצמות ושברים

1. באיזה איבר קיימת הבעיה?

<input type="checkbox"/> אף	<input type="checkbox"/> מרפק ימין	<input type="checkbox"/> אגן ירכיים	<input type="checkbox"/> רגל ימין
<input type="checkbox"/> כתף ימין	<input type="checkbox"/> מרפק שמאל	<input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין	<input type="checkbox"/> רגל שמאל
<input type="checkbox"/> כתף שמאל	<input type="checkbox"/> יד ימין	<input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל	<input type="checkbox"/> כף רגל ימין
<input type="checkbox"/> שתי כתפיים	<input type="checkbox"/> יד שמאל	<input type="checkbox"/> ברך ימין	<input type="checkbox"/> כף רגל שמאל
<input type="checkbox"/> צלעות	<input type="checkbox"/> אצבעות ידיים	<input type="checkbox"/> ברך שמאל	<input type="checkbox"/> אחר
<input type="checkbox"/> כף-יד ימין	<input type="checkbox"/> בהונות רגליים	<input type="checkbox"/> ראש / גולגולת
<input type="checkbox"/> כף-יד שמאל	<input type="checkbox"/> עמוד שידרה צווארי (C1-C7)	<input type="checkbox"/> קרסול ימין
<input type="checkbox"/> שורש כף יד ימין	<input type="checkbox"/> עמוד שידרה גבי (T1-T12)	<input type="checkbox"/> קרסול שמאל
<input type="checkbox"/> שורש כף יד שמאל	<input type="checkbox"/> עמוד שידרה מותני תחתון (L1-L5)		

2. מהי המחלה, התופעה או הפרעה בעצמות?

שברי מאמץ

שבר

*האם חלפה חצי שנה מהשבר? לא כן

*האם נותרו כאבים, מגבלה או נכות עקב השבר? לא כן

מחלה, בעיה או תופעה אחרת בעצמות*

***בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה בעצמות, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:**

.....

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

שם הסוכן:

8 שאלון בעיות מפרקים

<p>1. באיזה איבר קיימת בעיית המפרקים? <input type="checkbox"/> כתף ימין <input type="checkbox"/> שורש כף-יד ימין <input type="checkbox"/> כתף שמאל <input type="checkbox"/> שורש כף-יד שמאל <input type="checkbox"/> מרפק ימין <input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין <input type="checkbox"/> מרפק שמאל <input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל</p> <p>2. מה הבעיה במפרקים? <input type="checkbox"/> נקע (בקרוסול) <input type="checkbox"/> *האם הנקע עדיין קיים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> *האם יותר מנקע בודד (אירועים חוזרים)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - מועד אירוע אחרון, תאריך:</p> <p><input type="checkbox"/> שחיקה <input type="checkbox"/> *האם קיימת מגבלת תנועה או נכות עקב השחיקה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פריקה <input type="checkbox"/> *האם פרקת את אותו המפרק יותר מפעם אחת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> *מה היה גילך במועד הפריקה האחרונה?</p> <p><input type="checkbox"/> *כמה זמן עבר מהפריקה האחרונה?</p>	<p><input type="checkbox"/> קרוסול ימין <input type="checkbox"/> קרוסול שמאל <input type="checkbox"/> אחר</p> <p><input type="checkbox"/> דלקת פרקים ראומטית/שגרונתית (ראומטיד ארתריטיס RA) <input type="checkbox"/> *האם מטופלת/ט בטיפול תרופתי קבוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> *האם יש קושי בתפקוד היומיומי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אוסטיוארטריטיס (מחלת פרקים ניוונית OA) <input type="checkbox"/> שבר - יש למלא שאלון שברים <input type="checkbox"/> מחלה, בעיה או תופעה אחרת במפרקים* *בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה במפרקים, הערכה למפרקים הפגועים, התייחסות לתפקוד היומיומי ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת: </p>		
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

9 שאלון ברכיים

<p>1. באיזה ברך הבעיה? <input type="checkbox"/> ברך ימין <input type="checkbox"/> ברך שמאל <input type="checkbox"/> שתי הברכיים</p> <p>2. מה הבעיה בברך? <input type="checkbox"/> פריקה <input type="checkbox"/> קרע ברצועה צולבת <input type="checkbox"/> *האם נותחת או הומלץ לך לעבור ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> *כמה שנים חלפו מהאירוע האחרון?</p> <p><input type="checkbox"/> *מה היה גילך במועד האירוע האחרון? <input type="checkbox"/> *האם נותרו כאבים, נכות או מגבלת תנועה עקב הקרע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>	<p><input type="checkbox"/> קרע במניסקוס <input type="checkbox"/> *האם הומלץ לך לעבור ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> *האם עברת את הניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> *כמה שנים חלפו מהאירוע האחרון?</p> <p><input type="checkbox"/> *האם נותרו כאבים, נכות או מגבלת תנועה בברך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> בעיה/תופעה אחרת בברכיים* *בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה בברכיים, מתייחס לתפקוד היומיומי ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת: </p>		
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

10 שאלון גב ועמוד שדרה

<p>1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="checkbox"/> בלט או פריצת דיסק <input type="checkbox"/> עקמת <input type="checkbox"/> שבר בחוליות עמוד השדרה <input type="checkbox"/> אנקילוזיס ספונדיליטיס <input type="checkbox"/> מחלה/תופעה אחרת בגב ועמוד השדרה*</p> <p>*במקרה של בעיה אחרת בגב ועמוד השדרה שלא מפורטת בשאלון בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא כולל אבחנה והטיפול המומלץ</p>	<p>2. באיזה אזור בגב ועמוד השדרה קיימת בעיה/הפרעה? <input type="checkbox"/> עמוד שדרה צווארי (C1-C7) <input type="checkbox"/> עמוד שדרה גבי (אמצעי) (T1-T12) <input type="checkbox"/> עמוד שדרה מותני תחתון (L1-L5) <input type="checkbox"/> סקרומ ועצם הזנב (העצה)</p>		
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

שם הסוכן:

11 שאלון תאונות/נכות

1. מהו האיבר שנפגע?

- ראש / גולגולת
- אף
- כתף ימין
- כתף שמאל
- כתפיים
- צלעות

- כף-יד ימין
- כף-יד שמאל
- שורש כף יד ימין
- שורש כף יד שמאל
- מרפק ימין
- מרפק שמאל
- יד ימין
- יד שמאל

- אצבעות ידיים
- בהונות רגליים
- עמוד שדרה גבי
- עמוד שדרה מותני
- עמוד שדרה צווארי
- אגן ירכיים
- מפרק ירך ימין
- מפרק ירך שמאל
- ללא פגיעה באיברים

- ברך ימין
- ברך שמאל
- ברכיים
- קרסול ימין
- קרסול שמאל
- רגל ימין
- רגל שמאל
- כף רגל ימין
- כף רגל שמאל
- פגיעה אחרת.....

במקרה של פגיעה באיבר אחר שלא מפורט בשאלון, בבקשה לפרט בהצהרה מה האיזור שנפגע:

2. האם עברת ניתוח? לא כן

3. האם קיימת מגבלה? לא כן

4. האם קיימת נכות?

לא, האם הוגשה תביעה לנכות? לא כן

כן, מה אחוזי הנכות?

חתימה

מספר זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

12 שאלון אשפוזים וניתוחים

1. מהי סיבת האשפוז או הניתוח?

- בעיה שדיווחת עליה בשאלות קודמות
- לידה
- ניתוח אפנדציט
- דלקת גרון (אירוע בודד)
- פגיעת ראש*

- דלקת ריאות
- התייבשות
- דלקת בדרכי השתן (אירוע בודד)
- ניתוח הזעת יתר

- דלקת אוזניים (אירוע בודד)
- ניתוח להפחתת משקל
- (קיצור קיבה, טבעת, בלון וכדו')
- דלקת בדרכי הנשימה

- ניתוח הגדלת חזה
- ניתוח קיסרי
- הפלה (אירוע בודד)

*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא אודות האשפוז / ניתוח, הטיפול שניתן והמצב כיום

ניתוח הסרת כיס מרה עקב אבנים

ניתוח / אשפוז מסיבה אחרת*

*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל אודות האשפוז/ ניתוח, פרוט הטיפול שניתן והמצב כיום או לפרט מהי הניתוח/אשפוז האחר:

דלקת קרום המוח*

*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המפרט את סיבת האשפוז/ניתוח והמצב כיום

2. האם חלפה חצי שנה ממועד הניתוח/אשפוז: לא כן

3. האם הבעיה עדיין קיימת?

לא כן - בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל

חתימה

מספר זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך