

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 שאיריים. 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/ת כיום או עברת גמילה.**
 2. האם השימוש רפואי (בהוראת הרופא)?
 לא
 כן - האם השימוש עקב בעיה אורטופדית (גב/עמוד שדרה, ברכיים, מפרקים)?
 לא*
 כן*
***בבקשה לצרף תעודה רפואית לבעיה הרלוונטית**
 3. האם משתמש/ת כיום? לא כן
 4. מתי השתמשת בסמים בפעם האחרונה?

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 פולמוני (ריאתי) אאורטלי
 טריקוספידלי יותר ממסתם אחד
***בבקשה לצרף תוצאות אקו לב**
בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות - בבקשה לצרף מכתב עדכני מקרדיולוג בצירוף תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא:
 מומי לב מולדים
 השתלת לב
 קרדיומיופתיה
 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"/>
<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:

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?

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

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

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה