

הצהרת בריאות – פנסיה

1. פרטים כלליים						
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון			
שאלון	כן	לא	א
1.			האם הנך מעשן בין 21-40 סיגריות ליום?
2.			האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?
3.			האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?
4.			האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?
5.			האם, ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.

3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים או בצוע הליך רפואי כלהלן? (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים)			
שאלון	כן	לא	א
1.			במערכת העצבים והמוח – לרבות אפילפסיה, כאבי ראש חריפים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, פוליו, הפרעות קשב וריכוז, הפרעה ו/או עיכוב התפתחות
2.			בנפש – לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)
3.			בדרכי הנשימה, ריאות – לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
4.			בעור – פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור
5.			בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם – לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איושה, הפרעה במסתמים, מום, צינתור, טרומבозה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD)
6.			במערכת העיכול – לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, ניתוח לקיצור קיבה
7.			בקע/הרניה – לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית
8.			בכבד, במרה, בבלב – לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס)
9.			בכליות בדרכי השתן וערמונית – לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת
10.			מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) – לרבות סוכרת, שומנים בדם, שידון (גאוס), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר
11.			בדם, בטחול, במערכת החיסון – לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון
12.			מחלות זיהומיות, מחלות מין – לרבות איידס (גם נשאות), שחפת
13.			מחלות ממאירות, גידולים ממאירים – לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני
14.			במערכת השלד והשרירים – לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס.
15.			במערכת הראיה – לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מספר 7, אובאיטיס, קרטוקונס
16.			באף, אוזן, גרון – פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות
17.			במערכת המין והרבייה – לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פריון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
18.			מחלות ראומוטיות – (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאליגיה

4. שאלות נוספות			
שאלון	כן	לא	א
1.			האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה _____ ואת הסיבה _____
2.			האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, נא פרט: _____
3.			האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה עם ממצאים חריגים?
4.			האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?
5.			האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי ניידות כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב.



ויתור על סודיות רפואית

או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

אני הח"מ נתן בזה רשות לכל קופות החולים ו/או לכל גוף אחר או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, וכן לחברות הביטוח למסור לידי כלל פנסיה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כיום, ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/

שם העמית _____ ת. זהות _____ תאריך _____ חתימה X _____

לקבלת מידע שוטף על חשבונך, ניתן להרשם בכתובת: www.clal.co.il

