

הצהרת בריאות לתינוק עד גיל שנה למילוי על ידי ההורים בלבד

פרטי המבוטח		
שם משפחה	שם פרטי	שם האב
מספר תעודת זהות / דרכון	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	שם האם
שם רופא מטפל	קופת חולים	

מבוטח	מס'	שאלה	פירוט
כן	לא		
	1	באיזה שבוע נולד התינוק? האם שהה בפגייה או היה תחת פיקוח רפואי כלשהו לאחר הלידה? אם כן איזה מאיזה סיבה ולכמה זמן?	
	2	האם בוצעו בדיקות או הומלץ על ידי רופא לבצע בדיקות מיוחדות על רקע תוצאות בדיקות הסקר השגרתיות או בשל היסטוריה משפחתית?	
	3	האם במהלך ההיריון בוצעו כל בדיקות סקר היריון כמומלץ על ידי משרד הבריאות והאם נמצאו ממצאים לא תקינים באחת או יותר מן הבדיקות?	
	4	האם נתגלו במהלך הלידה או לאחר מכן מומים או חשד למומים, כגון: שיתוק ע"ש ארב (Erb's Palsy), טורטיקוליס (צוואר מסובב), קלאב פוט (רגל קלובה), הפרעות ירכיים, חך שסוע או אשך טמיר.	
	5	האם במהלך הלידה והשהייה בבית החולים התגלו ממצאים היכולים להורות על בעיה רפואית או ליקוי בריאותי?	
	6	האם הומלץ בעת השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים? אם כן באיזה תחום ומאיזו סיבה?	
	7	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרובי התינוק (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו או ידוע על המחלות הבאות: קרדיומיופטיה, כליות פוליציסטיות, ניוון שרירים, ציסטיק פיברוזיס, קדחת ים תיכונית, או מחלה תורשתית אחרת?	
	8	האם הומלץ לילדך על טיפול פיזיותרפיה? אם כן מאיזו סיבה?	
	9	האם הומלץ או נמצא ילדך במעקב התפתחותי כלשהו מסיבה רפואית/התנהגותית/אחרת?	
	10	האם בכוונתך לחסן את ילדך בהתאם להמלצות החיסונים של משרד הבריאות? במידה ויש אחים ואחיות נוספים בבית, האם הם מחוסנים או יחוסנו על פי המומלץ?	
	11	האם ילדך טופל או מטופל או הומלץ לילדך על טיפול תרופתי כולל זריקות? אם כן, מאיזו סיבה ואיזה טיפול?	
	12	האם לילדך הומלץ בעתיד או נדרש לעבור פרוצדורה רפואית לרבות ניתוח, ביופסיה, בדיקות דם או בדיקה פולשנית אחרת?	
	13	האם אחד מההורים של התינוק נשא איידס?	

האם אובחנה אצל ילדך מחלה, ליקוי, מום, הפרעה רפואית או חשד לבעיה הקשורים באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:

מבטח	מס'	שאלה	פירוט
כן	לא		
	14	מערכת עצבים מרכזית או פריפריית, כולל: מערכות נזיר מוטוריות, שיתוק מוחין, דלקת קרום המוח (מניגיטיס), חולשת שרירים, אי סימטריות	
	15	תסמונת דאון, פוליו	
	16	בעיות הקשורות לעיניים	
	17	בעיות הקשורות לאף/אוזן/גרונ וחלל הפה	
	18	ריאות ודרכי נשימה, כגון: ציסטיק פיברוזיס, אלרגיות, זיהומים בדרכי נשימה או דלקות בדרכי נשימה והריאות	
	19	בעיות או מומים הקשורים ללב ולמסתמים, כגון: רשרוש בלב, מסתמים, מבנה הלב, חור במחיצה העלייתית, חור במחיצה החדרית והפרעות במיקום חדרי הלב, העורקים והורידים של הלב, קרדיומיופטיה.	
	20	מערכת העיכול: כולל, ושת, קיבה, מעיים (כגון דלקת מעי נמקית, חסימות), כבד (כולל צהבת ילודים), כיס מרה, לבלב, סוגרים ופי הטבעת	
	21	מחלות והפרעות הקשורות בכליות ו/או דרכי שתן	
	22	בקע טבורי או מפשעתי	
	23	ליקוי / הפרעה / מחלה אורתופדית, כולל מפרקי הירכיים, גב ועמוד שדרה וכתפיים.	
	24	מחלות עור, כולל אלרגיות	
	25	מחלות שרירים, כולל מחלות ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת	
	26	מחלות/תופעות/הפרעות באברי הרבייה כולל אשכים (אשך טמיר) ואבריים נשיים	
אני/אנו החתום/חתומים מטה מצהירים כי כל התשובות בהצהרה זו הינן מלאות ונכונות וניתנות מתוך רצוני/רצוננו החופשי וכי ידוע לי/לנו כי התשובות משמשות תנאי יסודי לחוזה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו והריני/הרינו חותם/חותמים בשם ילדי/י כאפוסטרופוס/ים טבעי/טבעיים שלו/שלהם.			

תאריך: _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____