



תאריך: _____

שאלון אנמזה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ג/ז

תאריך לידה: _____

כן	לא	פרוט	
			האם אתה סובל כיום ממחלה כלשהי?
			האם אתה בטיפול רפואי?
			שיתוק ילדים
			דלקת פרקים
			שבר או נקע
			שבר בעמוד השדרה
			כאבי גב
			דלקת קרום המוח
			כאבי ראש ומגרנה
			סחרחורת, התעלפות ואבוד הכרה
			פציעות או פגיעות בראש, זעזוע מוח
			מחלת נפילה
			קושי ראייה (קוצר ראייה) מחלות עיניים
			ליקוי שמיעה
			דלקת אוזניים
			התקפי סינוסיטיס
			דימומים מהאף
			קשיי נשימה
			שיעול כרוני או דמי
			דלקת ריאות או סימפונות
			דלקת סימפונית ספסתית (אסטמה)
			שחפת
			צהבת
			פציעות או חבלה בחזה

במידה ובחרת כן באחד הסעיפים נא לצרף אישור מרופא.

Email: gilat@kzineyam.org.il

AKKO P.O Box 2066(24100)
TEL 972-4-9851203
FAX 972-4-9916284

ת.ד. 2066 עכו 24100
טל' 04-9851203
פקס 04-9916284



האם סבלת או סובל מאחת מהמחלות הבאות:	כן	לא	פרוט
מחלת לב כלשהי			
לחץ דם גבוה			
קוצר נשימה במאמץ			
מעשן (מספר סיגריות ליום)			
רגישות למאכלים או לתרופות			
צרבת מחלות קיבה, כבד או מעיים			
בקען (הרניה)			
עצירות שלשולים			
סכרת (סוכר בשתן)			
הפרעות בהסלת שתן			
סחורים			
מחלות עור כלשהן			
מחלות כליות או זדכי שתן			
האם סובל מחרטבה לילית			
כאבי בטן חוזרים			
בחילות והקאות			
האם אושפזת בבית חולים (היכן, מתי, מדוע)			
האם עברת ניתוח כלשהו (היכן, מתי, מדוע)			
האם עברת טיפול פסיכולוגי			
חגובות לעקיצות דבורה (שונות)			
חגובה לעקיצות מבע"ח שונים			
מחלות משפחה			

קופת חולים בו מבוסס הילדה: _____

כתובת מרפאה: _____ שם רופא מטפל: _____

טלפון מרפאה: _____

חתימה וחותמת רופא משפחה: _____

אנו ההורים מצהירים בזאת שמסרנו את כל האינפורמציה הידועה לנו, ידוע לנו שבמידה ולא ימסרו כל הנתונים יהיה ביה"ס רשאי להפסיק את לימודי בננו/בתנו וכל האחריות עם כל המשתמע מכך תחול עלינו.
אני מתחייבת להודיע לצוות ביה"ס של בננו/בתנו על כל שינוי ואו חגבלה שיחולו במצב בריאותי/ה בכל זמן בעתיד.

חתימת האב: _____

חתימת האם: _____

חתימת האמטורופוס: _____

תאריך: _____

Email: gilat@kzineyam.org.il

AKKO P.O Box 2066(24100)

TEL 972-4-9851203

FAX 972-4-9916284

ת.ד. 2066 עכו 24100

טל' 04-9851203

פקס 04-9916284