

# הצהרת בריאות



האמור בשאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך הוא מיועד גם לנקבה

## חלק א': שאלון רפואי

אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית וענה על כל השאלות בכנות באמצעות סימון התשובה הנכונה:

1. האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב? כן/לא

2. האם אתה חש כאבים בחזה -

א. בזמן מנוחה? כן/לא

ב. במהלך פעילויות שיגרה ביום יום? כן/לא

ג. בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית? כן/לא

3. האם במהלך השנה החולפת -

א. איבדת שיווי משקל עקב סחרחורות? סמן לא אם הסחרחורות נבעה מנשימת יתר

(כולל במהלך - פעילות גופנית נמרצת) כן/לא

ב. איבדת את הכרתך? כן/לא

4. האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסטמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים

א. נזקקת לטיפול תרופתי? כן/לא

ב. סבלת מקוצר נשימה או צפצופים? כן/לא

5. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר -

א. ממחלת לב? כן/לא

ב. ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם זו אישה) כן/לא

6. האם הרופא שלך אמר לך ב 5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית? כן/לא

7. האם הינך סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע

פעילות גופנית? כן/לא

8. לנשים בהריון האם הריון הזה או כל הריון קודם הוגדר כהריון בסיכון? כן/לא

9. האם הינך סובל מבעיה אורטופדית כלשהיא, ניוון שרירים, בעיה במע' העצבים ו/או במערכת העצמות? כן/לא

## המשך בעמ' הבא <<

חשוב: יש להדפיס את המסמך, למלא אותו ולהביא לאימון הראשון

פרטים אחרים שעלולים להגביל ולהשפיע על אופי ורמת קושי האימון: \_\_\_\_\_

## חלק ב': הנחיות

- א. אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות שבחלק א' לטופס זה היא חיובית, לצורך קבלתך לאימוני כושר וריצה, עלייך להמציא גם תעודת רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך לאימוני כושר וריצה; קבוצת הכושר והריצה תקבל מתאמן שהמציא תעודת רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.
- ב. אם כל התשובות לשאלות שבחלק א' לטופס זה הן שליליות מלא את ההצהרה שבחלק ב' לטופס זה - וחתום עליה.
- ג. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות בקבוצת הריצה.

## חלק ג': הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה וכל התשובות לשאלות בטופס זה הן שליליות; אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור.

הנני מצהיר/ה בזאת כי אני בריא/ה וכשיר/ה להשתתף באימוני כושר מכל סוג מטעם "יש לי כנפיים" וכי הפרטים שמסרתי נכונים להיום ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי.

ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה, אסורים ועלולים לגרום לי נזק רפואי. כמו כן, אני מתחייב בזאת לעדכן על כל שינוי במצבי הבריאותי.

ידוע לי כי לאחר שנה מיום חתימתי על הצהרת בריאות זו, אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה.

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

שם איש קשר ומספר טלפון למקרה הצורך: \_\_\_\_\_

**חשוב: יש להדפיס את המסמך, למלא אותו ולהביא לאימון הראשון**