

שם ושם משפחה: _____

מספר תעודת זהות: _____

תאריך לידה/גיל: _____

(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 שאלה בכנות באמצעות סימון סביב המילה כן/לא

1. האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב ?
כן / לא
2. האם אתה חש כאבים בחזה (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות)
(א) בזמן מנוחה ?
(ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום ?
(ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית ?
כן / לא
כן / לא
כן / לא
3. האם במהלך השנה החולפת ... (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות)
(א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? סמן לא – אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר (כולל במהלך פעילות נמרצת)
(ב) איבדת את הכרתך?
כן / לא
כן / לא
4. האם הרופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות)
(א) נזקקת לטיפול תרופתי ?
(ב) סבלת מקוצר נשימה או צפצופים ?
כן / לא
כן / לא
5. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות)
(א) מחלת לב
(ב) מוות פתאומי בגיל מוקדם (לפני 55 נבר, לפני 65 אישה)
כן / לא
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 ההריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון ?
כן / לא

חלק ב': הנחיות

1. אם סימנת **כן** באחת מהשאלות שבחלק א' בטופס זה – לצורך קבלתך למכון הכושר עליך להמציא למכון הכושר גם תעודה רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון במכון כושר. מכון כושר יקבל מתאמן שהמציא תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.
2. אם ענית **לא** לכל השאלות שבחלק א' בטופס זה - מלא את ההצהרה שבחלק ג' בטופס זה וחתום עליו.
3. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות במכון כושר.

חלק ג' : הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה ומילאתי אותו בעצמי. אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור.

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

שם ושם משפחה: _____ • תאריך: _____
חתימה: _____

יְהִי תוֹעֵלַת הַבְּרִיאוֹתִית שֶׁל פְּעִילוֹת גּוֹפְנִית סְדִירָה בְּרוּרָה: חֶשֶׁב שִׁוּתֵר אֲנָשִׁים יִהְיוּ פְּעִילִים כֹּל יְמוֹת הַשָּׁבוּעַ. בִּיצוּעַ פְּעִילוֹת גּוֹפְנִית מְאֹד בְּטוּחָה לְרֵב הָאֲנָשִׁים, הַשְּׁאֲלוֹן הַזֶּה יִבְהִיר לָךְ בְּאֵלּוֹ מְקָרִים עֲלֶיךָ לְהִתְיַעֵץ עִם הָרוֹפֵא וּלְהַבִּיא תְּעוּדָה רְפוּאִית שֶׁלָּךְ לִפְנֵי שֶׁתְּחִיל לְהִתְאַמֵּן בַּמְכוּן כּוֹשֵׁר.

חשוב להדגיש, מומלץ לבצע פעילות גופנית לאחר קבלת הדרכה ובאופן מדורג, במיוחד אם אתה מעל גיל 45 ובכוונתך לבצע פעילות בעצימות גבוהה ואינך רגיל לעשות זאת.

תוספת שנייה (תקנה 5)
הסכמה בכתב של אחד מהורי הקטין,

מתאמן שלא מלאו לו 18 שנה יצרף להצהרת הבריאות או לתעודה הרפואית, לפי העניין, את ההסכמה מטה, חתומה בידי אחד מהוריו.

אני מסכים/ה כי _____ ת.ז. _____
י/תתאמן בחדר כושר בכל סוג אימון / בסוגי האימונים המפורטים
להלן: _____

מספר טלפון של ההורה

שם ההורה

תאריך חתימת ההורה

התשע"ה

2016

(חמ 5123-3)

מירי רגב
שרת התרבות והספורט