



ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

## טופס הצהרת בריאות

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_

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 ✓ במשבצת המתאימה.

כן    לא

  

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

2. האם אתה חש כאבים בחזה (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)-

     
      
   

(א) בזמן מנוחה?

(ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום?

(ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?

3. האם במהלך השנה החולפת (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)-

     
   

(א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? סמן לא- אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר

(כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת).

(ב) איבדת את הכרתך?

4. האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה) —

     
   

(א) נזקקת לטיפול תרופתי?

(ב) סבלת מקוצר נשימה או ציפופים?



ראש שרותי בריאות הציבור  
Director of Public Health Services

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

5. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)--

(א) ממחלת לב?  
(ב) ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם זו אישה)

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

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

8. לנשים בהריון: האם ההריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון?

### חלק ב': הנחיות

1. אם סימנת **כן** באחת מהשאלות שבחלק א' בטופס זה- לצורך קבלתך לאימוני מנגנון עליך להמציא למנגנון קמ"ג גם תעודה רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון הקרב מגע. 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' לטופס זה וחתום עליה.

3. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות.

### 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: \_\_\_\_\_

\* התועלת הבריאותית של פעילות גופנית סדירה ברורה; חשוב שיותר אנשים יהיו פעילים כל ימות השבוע; ביצוע פעילות גופנית מאד בטוחה לרוב האנשים; השאלון הזה יבהיר לך באלו מקרים עליך להתייעץ עם הרופא ולהביא תעודה רפואית שלך לפני שתתחיל להתאמן.

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.



ראש שרותי בריאות הציבור  
Director of Public Health Services

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

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 \_\_\_\_\_ (יש לציין שם, שם משפחה, מספר תעודת זהות)

להלן: \_\_\_\_\_.

שם ההורה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הורה \_\_\_\_\_