

טופס הצהרת בריאות למבקש להתאמן באימון כושר

שם מלא: _____

מספר ת.ז: _____

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 $\sqrt{\quad}$ 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)

2.1 בזמן מנוחה?

2.2 במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום?

2.3 בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?

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

3.1 איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת?

סמן לא - אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר, כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת

3.2 איבדת את הכרתך

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

(אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)

4.1 נזקקת לטיפול תרופתי?

4.2 סבלת מקוצר נשימה או ציפצופים?

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

המפורטות מטה)

5.1 ממחלת לב?

5.2 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 ועלולה למנוע או להגביל אותך

בביצוע פעילות גופנית?

8. לנשים בהיריון - האם ההיריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון?

חלק ב': הנחיות

אם סימנת **כן** באחת מהשאלות שבחלק א' בטופס זה - לצורך קבלתך לאימון הכושר עלייך להמציא גם תעודה רפואית מרופא, שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה, לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון כושר.

אם ענית **לא** לכל השאלות שבחלק א' בטופס זה - מלא את ההצהרה שבחלק ג' לטופס זה וחתום עליה.

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

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.

חתימה

שם מלא

תאריך