



מספר זהות	שם המבוטח הראשי / העמית
מספר הסוכן	שם הסוכן
מספר הסכם	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

### 1. שאלון מערכת הריאות ודרכי הנשימה

1. ציין מהי המחלה/ המום/ הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל?  
 אסטמה  אלרגיה  ברוניטי כרונית  אמפיזמה  COPD  פנאומוטורקס  דלקת ריאות חוזרת  שחפת  סרקואידוזיס  סיסטיק פיברוזיס  
 דום נשימה בשינה  מום מלידה

2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון: \_\_\_\_\_ תאריך גילוי המחלה: \_\_\_\_\_

3. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף האחרון: \_\_\_\_\_ מספר ההתקפים ב- 12 חודשים אחרונים: \_\_\_\_\_

4. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך?  לא  כן אם כן, ציין למשך כמה זמן: \_\_\_\_\_

5. ציין מהו הטיפול הניתן בזמן ההתקפים: \_\_\_\_\_

6. ציין מהו הטיפול הניתן בין ההתקפים: \_\_\_\_\_

7. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם \_\_\_\_\_

8. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן - יש לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 2. שאלון מערכת הלב/לחץ דם

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל?  
 יתר לחץ דם  פגיעת עיניים - כליות, שריר הלב או פגיעה אחרת עקב יתר ל.ד.  
 פרט את המדידות האחרונות של לחץ הדם: \_\_\_\_\_

כאבים בחזה /אנגינה פקטוריס  התקף לב/אוטם שריר הלב  שינויים בקצב הלב  מחלה במסתמי הלב  מום בלב  קרדיומיופטיה  פרי/ מיוקרדיטיס - יש לצרף את האקו לב האחרון  הפרעה לבבית אחרת \_\_\_\_\_

2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון: \_\_\_\_\_ תאריך גילוי המחלה: \_\_\_\_\_

3. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף האחרון: \_\_\_\_\_ מספר התקפים ב- 12 חודשים אחרונים: \_\_\_\_\_

4. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך?  לא  כן אם כן, ציין למשך כמה זמן: \_\_\_\_\_

5. ציין מהו הטיפול הניתן בזמן ההתקפים: \_\_\_\_\_

6. ציין מהו הטיפול הניתן בין ההתקפים: \_\_\_\_\_

7. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם \_\_\_\_\_

8. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן - יש לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 3. שאלון אשפוזים

1. ציין מהי המחלה/המום/הבעיה הרפואית שבגללה אושפזת? פרט וצרף מסמך שחרור מבית החולים \_\_\_\_\_

2. ציין את תאריכי האשפוזים: \_\_\_\_\_

3. האם לאחר האשפוז אתה עדיין סובל מהמחלה/המום/הבעיה הרפואית או קיימת לך נכות?  לא  כן

4. במידה וענית כן, האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן אם כן פרט \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

מק"ט: 541202901

מגדל חברה לביטוח בע"מ | מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 118 שאלונים: ① מערכת הריאות ודרכי הנשימה ② מערכת הלב / לחץ דם ③ אישפוזים

עמוד מספר 1 מתוך 8 דפים



0111800001080716



שם המבוטח הראשי / העמית									
מספר זהות									
שם הסוכן					מספר הסוכן				
מספר הסכם									

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

### 4. שאלון מערכת העצבים, המוח ו/או הפרעות התפתחותיות

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל? פרט \_\_\_\_\_ וצרף מסמכים.

2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון: \_\_\_\_\_ תאריך גילוי המחלה: \_\_\_\_\_

3. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף האחרון: \_\_\_\_\_ מספר התקפים ב- 12 חודשים אחרונים: \_\_\_\_\_

4. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך?  לא  כן אם כן, ציין למשך כמה זמן: \_\_\_\_\_

5. ציין מהו הטיפול הניתן בזמן ההתקפים: \_\_\_\_\_

6. ציין מהו הטיפול הניתן בין ההתקפים: \_\_\_\_\_

7. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם \_\_\_\_\_

8. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן - יש לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 5. שאלון גב ועמוד שדרה

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל?  
 בלט דיסק  
 סמן את הסוג:  צווארי  גבי  מותני/ תחתון  
 פריצת דיסק  
 סמן את הסוג:  צווארי  גבי  מותני/ תחתון  
 עקמת  
 אחר \_\_\_\_\_

2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון: \_\_\_\_\_ תאריך גילוי המחלה: \_\_\_\_\_

3. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף האחרון: \_\_\_\_\_ מספר התקפים ב- 12 חודשים אחרונים: \_\_\_\_\_

4. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך?  לא  כן אם כן, ציין למשך כמה זמן: \_\_\_\_\_

5. ציין מהו הטיפול הניתן בזמן ההתקפים: \_\_\_\_\_

6. ציין מהו הטיפול הניתן בין ההתקפים: \_\_\_\_\_

7. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם \_\_\_\_\_

8. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן - יש לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_





שם המבוטח הראשי / העמית									
מספר זהות									
שם הסוכן					מספר הסוכן				
מספר הסכם									

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

### 6. שאלון בקע ומערכת העיכול

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל? פרט \_\_\_\_\_ וצרף מסמכים.

2. במידה ואובחן לך בקע /הרניה, ענה על השאלות הבאות:  
המיקום:  בדופן הבטן  סרעפתי  מפשעתי  בצלקת הניתוח  טבורי  
האם עברת ניתוח?  לא  כן אם כן, ציין את תאריך הניתוח: \_\_\_\_\_

3. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון \_\_\_\_\_ תאריך גילוי המחלה \_\_\_\_\_

4. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף האחרון \_\_\_\_\_ מספר התקפים ב- 12 חודשים אחרונים \_\_\_\_\_

5. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך?  לא  כן אם כן, ציין למשך כמה זמן \_\_\_\_\_

6. ציין מהו הטיפול הניתן בזמן ההתקפים? \_\_\_\_\_

7. ציין מהו הטיפול הניתן בין ההתקפים? \_\_\_\_\_

8. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן, אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם \_\_\_\_\_

9. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן - יש לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה★ \_\_\_\_\_

### 7. שאלון סוכרת

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל?  
 סוכרת מטופלת באינסולין  סוכרת מטופלת בתרופות  סוכרת מטופלת בדיאטה  סוכרת תפלה/ אינסיפידוס (יש לצרף מסמך רפואי)

2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון: \_\_\_\_\_ תאריך גילוי המחלה: \_\_\_\_\_

3. האם אתה סובל מפגיעת אברי מטרה הבאים:  עיניים  לב וכלי דם  כליות  ירידה בתחושה ברגליים  זיהומים, כיב או כריתה בגפיים  אחר \_\_\_\_\_

4. ציין מהי רמת הסוכר בדם: \_\_\_\_\_ רמת HbA1C ב-3 החודשים האחרונים: \_\_\_\_\_ חלבון בשתן: \_\_\_\_\_

5. מהו הטיפול הניתן? \_\_\_\_\_

6. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן, אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם \_\_\_\_\_

7. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן - יש לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה★ \_\_\_\_\_

### 8. שאלון בלוטת התריס (המגן)/יותרת התריס/יותרת המוח(פרולקטינמיה)

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל?  
 תת פעילות  יתר פעילות  ציסטה  השימוטו  גויטר(זפק)  גידול שפיר  גידול ממאיר  אחר \_\_\_\_\_

2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון \_\_\_\_\_ תאריך גילוי המחלה \_\_\_\_\_

3. מהו הטיפול הניתן? \_\_\_\_\_

4. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/ המום / הבעיה הרפואית?  לא  כן \_\_\_\_\_

5. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן \_\_\_\_\_

אם כן פרט \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה★ \_\_\_\_\_





שם המבוטח הראשי / העמית		מספר זהות	
שם הסוכן		מספר הסוכן	
מספר הסכם			

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

### 9. שאלון כולסטרול/טריגליצרידים

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל?  
 כולסטרול  טריגליצרידים

2. ציין ערכי כולסטרול \_\_\_\_\_, ציין ערכי טריגליצרידים \_\_\_\_\_.

3. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון \_\_\_\_\_ תאריך גילוי המחלה \_\_\_\_\_.

4. מהו הטיפול הניתן? \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה

### 10. שאלון תאונות

1. סמן את סוג התאונה:  דרכים  עבודה  צבא  אחר, פרט: \_\_\_\_\_.

2. ציין מתי אירעה התאונה? \_\_\_\_\_

3. האם הייתה פגיעה באיבר כלשהו כתוצאה מן התאונה? אם כן, נא סמן את האיברים שנפגעו/ו:

<input type="checkbox"/> גולגולת*	<input type="checkbox"/> צלעות	<input type="checkbox"/> מרפק ימין	<input type="checkbox"/> בהונות רגליים
<input type="checkbox"/> אף	<input type="checkbox"/> כף-יד ימין	<input type="checkbox"/> מרפק שמאל	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה צווארי / צוואר
<input type="checkbox"/> כתף ימין	<input type="checkbox"/> כף-יד שמאל	<input type="checkbox"/> יד ימין	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה גבי
<input type="checkbox"/> כתף שמאל	<input type="checkbox"/> שורש כף-יד ימין	<input type="checkbox"/> יד שמאל	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה מותני
<input type="checkbox"/> שתי הכתפיים	<input type="checkbox"/> שורש כף-יד שמאל	<input type="checkbox"/> אצבעות ידיים	<input type="checkbox"/> אגן ירכיים

\* נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל

4. האם אושפזת בעקבות התאונה?  לא  כן, ציין היכן ולאיזה פרק זמן (יש לצרף סיכומי מחלה): \_\_\_\_\_.

5. האם נזקקת לטיפולים מיוחדים (גבס, צווארון, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק)?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_.

6. האם עברת ניתוח בעקבות התאונה?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_.

7. האם כיום עדיין קיימת אצלך בעיה רפואית/מגבלה/נכות?  לא  כן, פרט אחוזי נכות או תביעה לנכות: \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה

### 11. שאלון עיניים

1. ציין מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?  
 קטרקט  הפרדות רשתית  אסטיגמטיזם  פזילה   
 גלאוקומה (לחץ תוך עיני)  קרטוקונוס  עין עצלה   
 עיוורון:  בעיה מולדת, ציין באיזו עין: \_\_\_\_\_ עין ימין  עין שמאל   
 עקב תאונה, ציין באיזו עין: \_\_\_\_\_ עין ימין  עין שמאל   
 עקב מחלה (פרט וצרף מכתב עדכני מרופא עיניים מטפל): \_\_\_\_\_

2. האם עברת ניתוח?  לא  כן, פרט: מועד ביצוע הניתוח: \_\_\_\_\_.

3. האם ייעצו לך לעבור ניתוח?  לא  כן, פרט סוג הניתוח: \_\_\_\_\_.

4. האם אתה מרכיב משקפיים?  לא  כן, פרט את מספרי העדשות: \_\_\_\_\_ עין ימין: \_\_\_\_\_ עין שמאל: \_\_\_\_\_.

5. האם נקבעו לך אחוזי נכות עקב בעיה זו?  לא  כן, פרט אחוזי נכות: \_\_\_\_\_.

6. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית? אם כן פרט \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה





שם המבוטח הראשי / העמית		מספר זהות	
שם הסוכן		מספר הסוכן	
מספר הסכם			

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

### 12. שאלון אף-אוזן-גרונ

1. ציין מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?  
 שקדים, אם נותחת רשום מתי: \_\_\_\_\_  
 שקד שלישי, אם נותחת רשום מתי: \_\_\_\_\_  
 פוליפים, אם נותחת רשום מתי: \_\_\_\_\_  
 יבלות במיתרי הקול  
 בעיית נחירות  
 ליקוי שמיעה כתוצאה מ: מום מולד  טנטון  פציעה  
 גיל  ורטיגו

2. תופעה אחרת/ניתוח אחר?  לא  כן, פרט וצרף מכתב עדכני מרופא א"ג המטפל: \_\_\_\_\_

3. מתי התגלתה התופעה? \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 13. שאלון הפרעת נפש

1. ציין מהי הבעיה/המום/המחלה אשר אובחנה אצלך? \_\_\_\_\_

2. ציין מתי אובחנה הבעיה/המום/המחלה? \_\_\_\_\_

3. ציין האם אתה מקבל/קיבלת טיפול תרופתי?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

4. האם אושפזת אי פעם בבית חולים פסיכיאטרי?  לא  כן, צרף סיכומי מחלה וציין תאריך אישפוז: \_\_\_\_\_

5. האם היו לך ניסיונות התאבדות?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

6. האם נקבעו אחוזי נכות עקב מחלה/הפרעה זו?  לא  כן במידה וכן ציין אחוזי נכות: \_\_\_\_\_

נא לצרף מכתב עדכני מפסיכיאטר הכולל: אבחנה רפואית למחלת/הפרעת הנפש, דרגת חומרת המחלה/ההפרעה, מספר ההתקפים שהיו, תאריך ההתקף האחרון, אופן הטיפול הקבוע, מיון התרופות, הערכה פסיכיאטרית המתייחסת למצב הקוגניטיבי הנפשי והתפקודי ומה הפרוגנוזה והסיכוי להישנות המחלה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 14. שאלון כלי דם

1. ציין מהי המחלה/המום/התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? \*  
 קרוטיס (בעורקי הצוואר)  DVT (פקקת בורידים/טרומבוזת)  
 PVD (מחלת כלי דם היקפיים)  PE (תסחיף ריאתי)  
 דליות (בורידי הרגליים)  אחר: \_\_\_\_\_  
 \* צרף מכתב מרופא מטפל לכל מחלה/תופעה למעט במקרה של דליות.

2. ציין מתי התגלתה המחלה/המום/התופעה? \_\_\_\_\_

3. האם עברת ניתוח?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

4. האם אתה מקבל או קבלת טיפול תרופתי?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

5. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן, במידה וכן פרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 15. שאלון דרכי השתן

1. ציין מהי המחלה/המום/התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?  
 (אם המחלה/המום/התופעה פגעה בכליה אחת, ציין באיזו כליה)  
 דלקת כליות  אבנים בכליות  זיהום בדרכי השתן  רפלוקס  
 ציסטות בכליות  אי ספיקת כליות  תסמונת נפרוטית  דלקת בשתן  
 דם/חלבון בשתן  כליות פוליציסטיות  מום בכליה או מום אחר  
 צניחת שלפוחית השתן  אחר: \_\_\_\_\_

2. ציין מתי התחלת לסבול מהמחלה/המום/התופעה הנ"ל? \_\_\_\_\_

3. ציין כמה התקפים היו לך? \_\_\_\_\_ ציין את תאריכי ההתקפים: \_\_\_\_\_

4. ציין תאריך ההתקף האחרון: \_\_\_\_\_

5. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/התופעה?  לא  כן, פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם, שם בית החולים: \_\_\_\_\_

6. שנת אישפוז ומשך האישפוז: \_\_\_\_\_

7. הטיפול שניתן: \_\_\_\_\_

8. מהו הטיפול הנוכחי שאתה מקבל? \_\_\_\_\_

9. צרף בדיקות מעקב מהשנה האחרונה. \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

מגדל חברה לביטוח בע"מ | מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ



0111800005080716



מספר זהות	שם המבוטח הראשי / העמית
מספר הסוכן	שם הסוכן
מספר הסכם	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

### 16. שאלון בלוטת הערמונית (פרוסטטה)

1. ציין מהי המחלה/המום/התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? \_\_\_\_\_  
 בלוטה מוגדלת  גידול שפיר  גידול ממאיר, צרף מכתב מאורולוג, בדיקת PSA עדכנית ותוצאות בדיקה היסטולוגית.

2. ציין מתי התגלתה המחלה/המום/התופעה הנ"ל? \_\_\_\_\_

3. האם נותחת בעקבות המחלה/המום/התופעה הנ"ל?  לא  כן, תאריך הניתוח: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה★ \_\_\_\_\_

### 17. שאלון ברכיים

1. ציין באיזו ברך הבעיה?  ברך ימין  ברך שמאל  שתי הברכיים

2. האם נותחת או עברת ארטרוסקופיה בעקבות הבעיה?  לא  כן, פרט תוצאות: \_\_\_\_\_

3. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן אם כן פרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה★ \_\_\_\_\_

### 18. שאלון FMF (תסמונת ים-תיכונית)

1. ציין מתי התגלתה המחלה? \_\_\_\_\_

2. ציין כמה התקפים היו לך בשנה האחרונה? \_\_\_\_\_

3. ציין מתי התרחש ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_

4. ציין מה תדירות הופעת ההתקפים? \_\_\_\_\_

5. ציין כמה זמן בממוצע נמשך כל התקף? \_\_\_\_\_

6. ציין מהו הטיפול או התרופה שאתה מקבל בזמן ההתקף? \_\_\_\_\_

7. ציין מהו הטיפול הקבוע שאתה מקבל? \_\_\_\_\_

8. ציין היכן אתה נמצא במעקב רפואי? \_\_\_\_\_

9. האם בוצעו בדיקות תפקודי כליות בשנה האחרונה?  לא  כן, נא לצרף תוצאות. \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה★ \_\_\_\_\_

### 19. שאלון בעיות מפרקים

1. ציין באיזה איבר הבעיה?  כתף ימין  כתף שמאל  מרפק ימין  מרפק שמאל  שורש כף-יד ימין  שורש כף-יד שמאל  מפרק ירך ימין  מפרק ירך שמאל  קרסול ימין  קרסול שמאל

2. ציין מה הבעיה במפרק?  שחיקה  פריקה, תאריך הפריקה: \_\_\_\_\_ האם כיום המצב תקין?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

ניתוח, תאריך הניתוח: \_\_\_\_\_ האם כיום המצב תקין?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

מחלות מפרקים, צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, הכולל הערכה למפרקים פגועים, מצב תפקוד יומיומי והטיפול הניתן.

3. ציין מתי התגלתה הבעיה? \_\_\_\_\_

4. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית?  לא  כן, במידה וכן יש לפרט \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה★ \_\_\_\_\_

### 20. שאלון מחלות במשפחה (מתחת לגיל 50)

יש לפרט מהי המחלה ממנה סובל/סבל קרוב משפחתך, וגיל הופעת המחלה ככל הידוע לך (כגון: סרטן, מחלה נירולוגית, אלצהיימר, טרשת נפוצה, פרקינסון מחלת לב)

קרבה משפחתית	אב	אם	אח/אחות	אח/אחות	בן/בת	בן/בת
שם המחלה						
גיל הופעת המחלה						

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה★ \_\_\_\_\_





שם המבוטח הראשי / העמית										מספר זהות	
שם הסוכן										מספר הסוכן	
מספר הסכם											

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

### 21. שאלון תרופות כללי - יש למלא במקרה של נטילת תרופות שלא צוינו ע"י המועמד/העמית בשאלונים אחרים

1. ציין מהי מטרת נטילת התרופה? \_\_\_\_\_ משך הטיפול: \_\_\_\_\_

2. שם התרופה: \_\_\_\_\_ מינון: \_\_\_\_\_ תדירות: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 22. שאלון התמכרות

1. האם אתה שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?  לא  כן, סוג המשקה: \_\_\_\_\_

2. האם אתה צורך סמים?  לא  כן, סוג הסם: \_\_\_\_\_

3. האם אתה נמצא בטיפול גמילה?  לא  כן, שם המוסד: \_\_\_\_\_

4. האם צרכת בעבר סמים ו/או משקאות חריפים?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

איזה סוג? \_\_\_\_\_ ממתני? \_\_\_\_\_ למשך איזו תקופה? \_\_\_\_\_

5. האם קבלת טיפול לבעיית ההתמכרות?  לא  כן, פרט: (אישפוז, גמילה וכד')

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 23. שאלון נכות

1. נא פרט כמה אחוזי נכות \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ סוג הנכות: זמני/ לצמיתות \_\_\_\_\_

2. סיבת הנכות \_\_\_\_\_

3. האם עדיין קיים טיפול או מעקב הקשור לנכות הקיימת:  לא  כן, נא פרט \_\_\_\_\_

4. עבור סיעוד מעל 50% נא לצרף את הפרוטוקול המפרט את התפלגות הסיעוד.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 24. שאלון גידולים

1. ציין מהו סוג הגידול ממנו אתה/סובלת?  שפיר  טרום סרטני  סרטני

2. ציין מהו מיקום הגידול/מיקום/באיזה איבר \_\_\_\_\_

3. האם נכרת הגידול:  לא  כן במידה וכן ציין את תאריך הניתוח \_\_\_\_\_ יש לצרף את הביופסיה.

4. טיפול אחר \_\_\_\_\_ ותאריך סיום הטיפול \_\_\_\_\_

5. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה / המום / הבעיה הרפואית?  לא  כן במידה וכן יש לפרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### 25. שאלון מערכת הדם והחיסון, מחלות זיהומיות

ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל במערכות הבאות:

1. מערכת הדם: נא לצרף מסמכים: \_\_\_\_\_

אנמיה חוסר ברזל  טלסמיה מינור  טלסמיה מגיור  אנמיה מסוג אחר  אחר \_\_\_\_\_

הפרעות בספירת דם מסיבה \_\_\_\_\_  טחול מוגדל  טחול חסר מסיבה \_\_\_\_\_

קרישיות יתר מסיבה \_\_\_\_\_  חוסר קרישיות מסיבה \_\_\_\_\_

2. מערכת החיסון: נא לצרף מסמכים: \_\_\_\_\_

חולה איידס  נשא מחלת איידס  מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים \_\_\_\_\_

הפרעה במערכת החיסונית מסיבה אחרת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

מגדל חברה לביטוח בע"מ | מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 118 שאלונים: 21 תרופות 22 התמכרות 23 נכות 24 גידולים 25 מערכת הדם, מחלות זיהומיות

עמוד מספר 7 מתוך 8 דפים



0111800007080716



שם המבוטח הראשי / העמית										מספר זהות	
שם הסוכן										מספר הסוכן	
מספר הסכם											

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

### 26. מערכת עור ומין:

1. ציין מהי המחלה /המום/ הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל במערכות הבאות:

מחלות עור: נא לצרף מסמכים:

- נגעים וגידולי עור ממאירים מסוג \_\_\_\_\_  שפירים מסוג \_\_\_\_\_
- פסוריאזיס עם טיפול \_\_\_\_\_  עם מעורבות פרקים \_\_\_\_\_
- אורטיקריה  אטופיק דרמטיטיס (אסטמה של העור)  דרמוטיטיס/אקזמה  פמפיגוס  ליכן איכטיוזיס  מיקוזיס פונגוידס  גזזת  צלקות

2. מחלות מין: נא צרף מסמכים:

פפילומה/ קונדילומה באיזה איבר \_\_\_\_\_

מחלת מין מסוג אחר \_\_\_\_\_

תאריך	שם המועמד/ העמית	מספר זהות	חתימה★

### 27. מערכת הרבייה:

1. לנשים ולגברים: שד(גם אצל גברים):  זיהומים  גידול ממאיר  גידול שפיר/ציסטה, נא לצרף מסמכים

2. לנשים בלבד: רחם:  גידול ממאיר  גידול שפיר/ציסטה  אנדומטריוזיס  דימומים ללא קשר למחזור  זיהומים  כעת בהריון  ניתוח קיסרי

מעל 3 הפלות  בעיות פוריות  צניחת רחם, נרתיק, שלפוחית השתן ו/או מעי הגס, נא לצרף מסמכים

3. לנשים בלבד: שחלות:  פוליציסטיות  גידול ממאיר  גידול שפיר/ציסטה  הפרעה מסוג אחר/נא לצרף מסמכים

אחר \_\_\_\_\_

4. לגברים בלבד: מערכת מין זכר:  אשך טמיר  גידול אשך ממאיר  גידול אשך שפיר  וריקוצלה  הידרוצלה  היפוספדיאס  הפרעות פוריות וזרע, נא לצרף מסמכים

תאריך	שם המועמד/ העמית	מספר זהות	חתימה★

