

תאריך _____

הצהרת בריאות מקוצרת בהראל ל"דוידוף" לעסקים.

נא סמן האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות המפורטות מטה (מחק את המיותר):

משקלי _____ ק"ג גובהי _____ ס"מ

האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? כן/לא

1. לא נקבעה לי נכות העולה על 35%. **נכון / לא נכון**
2. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה מתאונה או ממחלה במשך 3 השנים האחרונות. **נכון / לא נכון**
3. אין לי היסטוריה של מחלות לב או סרטן או כבד מחלות פרקים ועצמות, כאבי גב וצוואר. **נכון / לא נכון**
4. אני לא חולה איידס ואינני נושא נגיפי איידס. **נכון / לא נכון**
5. אינני חולה במחלות ניווניות, מחלות כרוניות (סכרת, כליות, כבד) מחלות דרכי העיכול ונשימה, מחלות מערכת העצבים. **נכון/לא נכון**
6. האם יש במקצועך, עיסוקך, תחביבך או אורח חייד סיכון מיוחד? כן/לא
באם כן פרט: _____.
7. הנני מעשן בחמש השנים האחרונות כן/לא.
כמות סיגריות _____ ליום. במשך _____ שנים.

הערות – אם הנך סובל מאחת מהמחלות הנ"ל (סימנת בטופס "לא נכון") נא לפרט:

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופות החולים ו/או לעובדיהם הרפואיים והאחרים ו/או למוסדותיהם הרפואיים ו/או לסניפיהם ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל רופא, מוסדות רפואיים ובתי חולים אחרים, למוסד לביטוח לאומי ו/או כל מוסד תורם אחר למסור להראל חברה לביטוח בע"מ – להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא כל יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת או שאחלה בה בעתיד (הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או מוסד ממוסדכם ו/או סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

שם פרטי ומשפחה: _____ כתובת: _____

מס' ת.ז. _____ קופת חולים: _____ סניף: _____

חתימה _____ תאריך: _____