

**חלק א': שאלון רפואי**

אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית ופעל לפי הנחיות אלה:

א. אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 1-8 שבחלק א' לטופס זה היא **חיובית** אז לצורך קבלתך לכושר הקרבי עלייך להמציא לכושר הקרבי גם תעודה רפואית מרופא, לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון בכושר הקרבי; הכושר הקרבי יקבל מתאמן שהמציא תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.

ב. אם **כל התשובות** לשאלות שבחלק א' לטופס זה הן **שליליות** – מלא את ההצהרה שבחלק ב' לטופס זה וחתום עליה.

ג. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות בכושר הקרבי.

כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

2. האם אתה חש כאבים בחזה:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

א. בזמן מנוחה?

ב. במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום?

ג. בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?

3. האם במהלך השנה החולפת:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. נזקקת לטיפול תרופתי?

א. סבלת מקוצר נשימה או צפצופים?

6. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

א. ממחלת לב?

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

גופנית?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

9. לנשים בהריון: האם ההיריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון?

**חלק ב': הצהרה**

אני החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה וכל התשובות לשאלות בטופס זה הן שליליות; 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. הנני מאשר/ת שתשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות ושלא החסרתי מידע. הנני מתחייב/ת לעדכן את מיכה / המדריך בכל שינוי במצבי הבריאותי. הנני מאשר/ת שאני מודע לכך שהייעוץ התזונתי, אינו מהווה תחליף לטיפול רפואי ו/או התייעצות ברופא וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהוא ללא התייעצות ברופא. במידה ולא ביצעת בדיקות דם עדכניות משלושת החודשים האחרונים עליך לעשות זאת בכדי לקבל ייעוץ תזונתי.

במהלך הסימולציה הנ"ל יצולמו חומרים לצורכי שיווק. הינך מאשר כי אין לך התנגדות לפרסום סרטונים ו/או תמונות שבנך/בתך מופיע בהן ברשתות החברתיות.

שם מלא: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**הסכמה בכתב של אחד מהורי הקטין**

*(תוספת שנייה (תקנה 5))*

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

אני מסכים/ה כי החניך/ה \_\_\_\_\_ (יש לציין שם, שם משפחה, מספר תעודת זהות)

י/תתאמן **בכושר-קרבי ויקבל ייעוץ תזונתי** מרחוק (טלפוני) במידה ויהיה מעוניין בכך. ייעוץ תזונתי זה הינו סטנדרטי ומותאם לאוכלוסייה הכללית הבריאה לכן ידוע לי כי הסתרת מידע רפואי רלוונטי יכול לפגוע באיכות הטיפול.

שם מלא של ההורה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_