

## הצהרת בריאות

התוכנית ב"מצפה אלומות" - מחנכת לבריאות טבעית, דרך תזונה ואורח חיים.

חוות הבריאות "מצפה אלומות" אינה מרכז רפואי ואינה כוללת אנשי מקצוע בתחום הרפואה.

המשתתף בתוכנית אחראי לדאוג בעצמו למצבו ולצרכיו הרפואיים.

לנוטלים תרופות שונות או הסובלים מאלרגיות, אסטמה או התקפי מחלה אחרים (כמו גאוס לדוגמא) אנא דאגו

להביא את כל התרופות או אמצעי הטיפול עמכם.

באם הינך סוכרתי/ת, אנא הצטייד בגלוקומטר (מד-סוכר) ומקלוני בדיקה.

חשוב לדעת שתהליכי ניקוי גוף עלולים לגרום לתופעות לוואי שונות.

הנך מתבקש למלא הצהרת בריאות זו. המידע יוותר חסוי.

תקופת השהות: \_\_\_\_\_ תאריך הגעה: \_\_\_\_\_

### פרטים אישיים

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

טלפון בית \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

כתובת e-mail: \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

מין ז / נ מצב משפחתי ר / נ / ג / א ילדים \_\_\_\_\_

שם המוסד הרפואי המטפל (קופ"ח) \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

### שאלות כלליות

1. משקל \_\_\_\_\_ גובה \_\_\_\_\_

2. האם את/ה סובלת/ת מקשיי הליכה ו/או קושי בעליית מדרגות? כן / לא .

3. האם את/ה סובלת/ת מאחת מהמחלות הבאות? באם כן, אנא סמן/ני בצורה ברורה באיזו מהמחלות מדובר ובמקום

המתאים פרט היסטוריה ומצב עכשוי.

סרטן \_\_\_\_\_, סוכרת \_\_\_\_\_, לחץ דם גבוה/נמוך, מחלות לב \_\_\_\_\_, מחלות פרקים \_\_\_\_\_, מחלת הנפילה \_\_\_\_\_, אי סדירות

בבלוטת התריס, פרט: תת פעילות / יתר פעילות, בעיות בצפיפות העצם \_\_\_\_\_, כולסטרול \_\_\_\_\_, מחלות כבד \_\_\_\_\_,

מחלות דרכי העיכול \_\_\_\_\_, מחלות ריאה \_\_\_\_\_, מחלות כלי דם \_\_\_\_\_, מחלות פסיכיאטריות \_\_\_\_\_.

\* חשוב! במידה והינך סוכרתי/ת, נבקשך להצטייד בגלוקומטר (מד-סוכר) ומקלוני בדיקה.

פרט/י היסטוריה של המחלה \_\_\_\_\_

4. האם את/ה סובלת/ת ממחלות או בעיות בריאותיות אחרות? כן / לא \_\_\_\_\_

5. האם את/ה סובלת/ת מבעיות נפשיות? לא / כן - פרט/י: \_\_\_\_\_

6. האם הנך צורך תרופות פסיכיאטריות? לא / כן - פרט/י: \_\_\_\_\_

7. האם עברת בשנה האחרונה – ניתוח / השתלה / הקרנות / טיפול כימי - אם כן אנא פרט תאריך ומהות הטיפול.

8. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או השתלה בשנה האחרונה. אם כן פרט מועד ומהות \_\_\_\_\_

9. האם אושפזת בחמש השנים האחרונות? לא / כן פרט/י \_\_\_\_\_

10. האם הנך צורך תרופות, ויטמינים ומינרלים באופן קבוע? לא/כן פרט/י בעיה ושם התרופה: \_\_\_\_\_

11. האם אתה סובל מאלרגיות שונות (תרופות, כימיקלים, מזון)? לא / כן \_\_\_\_\_

המשך מעבר לדף

12. \* לנשים בלבד האם הינך בהריון? לא/כן אם כן, באיזה שבוע? \_\_\_\_\_  
לתשומת ליבך: טיפולים לנשים בהריון מותרים לאחר השבוע ה- 15 בלבד
13. האם הינך מעשן? כן / לא
14. האם עברת בעבר טיפול ברפואה אלטרנטיבית? כן / לא  
אם כן, בגין איזו בעיה? \_\_\_\_\_  
מתי עברת טיפול לאחרונה? \_\_\_\_\_  
באיזו שיטה טופלת? \_\_\_\_\_
15. האם עברת טיפול של Colon Hydro Therapy? כן / לא
16. האם ידוע לך על מצב רפואי שלא נשאלת לגביו באופן מפורש, אשר חשוב כי נדע אודותיו? פרט/י:

17. סמן V במידה והינך סובל מהסימפטומים הבאים

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> עייפות           | <input type="checkbox"/> טחורים              |
| <input type="checkbox"/> חולשה            | <input type="checkbox"/> בחילות              |
| <input type="checkbox"/> סחרחורות         | <input type="checkbox"/> צרבת                |
| <input type="checkbox"/> התעלפויות        | <input type="checkbox"/> עצירות              |
| <input type="checkbox"/> כאבי ראש כרוניים | <input type="checkbox"/> שלשולים             |
| <input type="checkbox"/> ליחה             | <input type="checkbox"/> כאבי בטן            |
| <input type="checkbox"/> הפרעות בקצב לב   | <input type="checkbox"/> פצעים שאינם מגלידים |
| <input type="checkbox"/> דופק לא סדיר     | <input type="checkbox"/> פריחה בעור          |

### לתשומת לבכם

- אורחים המעוניינים לקבוע טיפולים במרכז הטיפולים ואשר נמנים בקטגוריות הבאות מתבקשים להביא עימם אישור מהרופא המטפל המאשר לקבל טיפול מהסוג המבוקש:
- \* אדם אשר עבר ניתוח רפואי ו/או קוסמטי בחצי שנה האחרונה.
  - \* אדם החולה בסרטן ו/או שעבר כימותרפיה ו/או הקרנות בחצי השנה האחרונה.
  - \* אדם החולה לב או שעבר אירוע לב בחצי שנה האחרונה.
  - \* אדם עם בקע בהווה ובעבר.

**אם יש לך צרכים דיאטטיים/תזונתיים מיוחדים אנא ציין אותם כאן:** \_\_\_\_\_

### הצהרה :

הנני מאשר/ת כי אני מודעת/ת שהשהייה ב"מצפה אלומות" אינה מהווה תחליף לטיפול רפואי, תרופתי או פסיכולוגי. "מצפה אלומות" אינה ממליצה להפסיק כל טיפול רפואי ו/או תרופתי קודם מכל סוג שהוא ללא התייעצות עם הרופא המטפל ואישורו בכתב. הפסקת טיפול רפואי קודם ללא אישור כזה תהה על אחריות המשתתף/ת בלבד. הנני מאשר/ת כי תשובתיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת האורח/ת: \_\_\_\_\_

נא להחזיר טופס זה חתום לפקס: 04-6709790  
או למייל: [mizpe@alummot.co.il](mailto:mizpe@alummot.co.il) בהקדם האפשרי.