



טופס הצהרת בריאות למטופלת

טופס הצהרת הבריאות נועד לאפשר לטינגל לוודא כי המשתתפת מתאימה להשתתף במסע החושי המוצע במקום, וכי מסרה מידע רפואי מהותי העשוי להשפיע על התאמת השירות או על אופן ביצועו.

הטופס ימלא לפני המסע הראשון ובכל מקרה שבו חל שינוי במצב הבריאותי.

פרטי המשתתפת:

שם מלא ומשפחה: _____ מס' ת. זהות: _____ תאריך לידה: _____

מספר טלפון: _____ דוא"ל: _____

כתובת: _____ איש קשר למקרה חירום: _____

טל. איש קשר: _____

שאלון בריאות:

ליד כל סעיף תופיע אפשרות: כן / לא / אם כן אז פירוש _____

מצב רפואי כללי:

- ☐ האם את נמצאת בטיפול רפואי קבוע? ☐ האם אובחנה אצלך מחלה כרונית?
- ☐ האם את סובלת ממחלות לב או כלי דם? ☐ האם יש לך לחץ דם גבוה או נמוך שאינו מאוזן?
- ☐ האם עברת ניתוח במהלך השנה האחרונה? ☐ האם את נמצאת בתקופת החלמה רפואית?
- ☐ אם קיימת מגבלה רפואית כלשהי שיש להביא לידיעת המטפלת?

תרופות:

- ☐ האם את נוטלת תרופות באופן קבוע? ☐ האם את נוטלת מדללי דם? ☐ האם קיימת רגישות או תגובה מיוחדת לתרופות?

עור ורגישויות:

- ☐ האם קיימות אלרגיות כלשהן? ☐ האם קיימות רגישויות למגע? ☐ האם קיימים פצעים פתוחים?
- ☐ האם קיימות כוויות? ☐ האם קיימות דלקות עור? ☐ האם קיימות מחלות עור פעילות?

מערכת השרירים והשלד:

- ☐ כאבי גב ☐ כאבי צוואר ☐ פריצת דיסק ☐ בלט דיסק ☐ עקמת ☐ שברים שלא החלימו
- ☐ בעיות מפרקים ☐ דלקות גידים ☐ כאבים כרוניים

מערכת העצבים:

- ☐ אפילפסיה ☐ סחרחורות ☐ מיגרנות ☐ מחלות נוירולוגיות ☐ אובדן תחושה באזורים מסוימים

נשים:

- ☐ האם את בהריון? ☐ אם כן – באיזה שבוע? _____ ☐ האם ילדת במהלך ששת החודשים האחרונים?
- ☐ האם את נמצאת בטיפול פוריות?

כלי דם:

☐ דליות ☐ קרישי דם ☐ פקקת ☐ בצקות משמעותיות

מחלות זיהומיות:

☐ האם קיימת מחלה מדבקת? ☐ האם קיים חום גוף? ☐ האם את חשה ברע ביום ההגעה?

מידע נוסף:

☐ האם קיים מידע רפואי נוסף שחשוב לנו לדעת?

☐ האם קיימים אזורים בגוף שאינך מעוניינת שיבואו במגע במהלך המסע?

הצהרת המשתתפת:

אני מצהירה כי:

* כל המידע שמסרתי בטופס זה נכון, מלא ומדויק.

* ידוע לי כי אי מסירת מידע רפואי מהותי עלולה להשפיע על התאמתי להשתתפות במסע.

* אני מתחייבת לעדכן את טינגל בכל שינוי במצבי הבריאותי לפני כל מסע.

* ידוע לי כי לטינגל שמורה הזכות שלא לאפשר את קיום המסע אם לדעתה הדבר עלול לסכן את בריאותי או את שלומי.

* ידוע לי כי האחריות למסירת מידע רפואי מלא ומדויק חלה עליי בלבד.

* אני מבינה כי המסע אינו מהווה טיפול רפואי, אבחון רפואי או תחליף לייעוץ, בדיקה או טיפול של רופא או גורם רפואי מוסמך.

* בכל מקרה של ספק רפואי אפנה לרופא המטפל לפני השתתפות במסע.

* ידוע לי כי אני רשאית להפסיק את המסע בכל עת אם אחוש אי נוחות מכל סיבה שהיא.

ויתור ואישור:

אני מאשרת כי:

* קראתי את כל האמור בטופס זה.

* הבנתי את משמעות ההצהרה.

* ניתנה לי אפשרות לשאול שאלות ולקבל הבהרות.

* אני חותמת מרצוני החופשי ומאשרת את השתתפותי במסע בהתאם למצבי הבריאותי.

שמירת פרטיות:

אני מאשרת כי ידוע לי שהמידע הרפואי שמסרתי יישמר באופן חסוי וישמש את טינגל אך ורק לצורך בחינת התאמתי למסע, שמירה על בטיחותי ומתן השירות, בהתאם להוראות הדין ולהוראות מדיניות הפרטיות של טינגל.

שם המשתתפת: _____ חתימה: _____

תאריך: _____

שם המטפלת: _____ חתימת המטפלת: _____