

טופס הצהרת בריאות

שם מלא: _____ מספר תעודת זהות: _____

1. הנחיות למילוי

- אנא קראי את השאלות להלן בצורה יסודית ופעלי לפי הנחיות אלה:
- 1.1. אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות שלהלן היא חיובית, אז לצורך קבלתך לסטודיו עליך להמציא לסטודיו גם תעודה רפואית מרופא, לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון בסטודיו;
 - 1.2. הסטודיו לא יקבל אישור רפואי שעברו 3 חודשים ממועד חתימתו.
 - 1.3. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות בסטודיו.
2. חובה לסמן (כן/לא) על השאלות במלואן:
- 2.1. האם את סובלת ממחלת לב ואו לחץ דם (גבוה/נמוך), לרבות בזמן שאת מבצע פעילות גופנית? כן / לא?
 - 2.2. האם במהלך השנה החולפת איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? כן / לא (נא לציין לא-אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת).
 - 2.3. האם אובחנת כסובלת מאסתמה במהלך 3 החודשים האחרונים? כן / לא
 - 2.3.1. נזקקת לטיפול תרופתי? כן / לא
 - 2.3.2. סבלת מקוצר נשימה או צפצופים? כן / לא
 - 2.4. האם הרופא שלך אמר לך ב-5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית? כן / לא
 - 2.5. האם הינך סובלת ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית? כן / לא
 - 2.6. האם עברת ניתוח הדורש אישור רפואי לחזרה לפעילות ספורטיבית? כן / לא
 - 2.7. האם יש לך פציעה קיימת בעמוד השדרה, מפרקים, או שרירים? כן / לא
 - 2.8. האם את סובלת מכאבי גב כרוניים או פריצת דיסק? כן / לא
 - 2.9. האם יש לך מגבלת תנועה כלשהי (בגב, צוואר, כתפיים, ברכיים, ירכיים או כל מפרק אחר)? כן / לא
 - 2.10. האם הינך בהריון? כן / לא
 - 2.11. לנשים בהריון - האם הריון הנוכחי או הריון קודם הוגדר כהריון בסיכון? כן / לא
 - 2.12. האם את לאחר לידה (עד 6 חודשים מהלידה)? כן / לא
3. הצהרה:
- 3.1. אני, החתומה מטה, מצהירה כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שלעיל וכל התשובות לשאלות בטופס זה הן "לא". במידה שאחת ואו יותר מהשאלות עניתי "כן" הנני מתחייבת טרם ההגעה לשיעור להמציא אישור רופא;
 - 3.2. אני מצהירה כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור.
 - 3.3. הנני מתחייבת לעצור מיד את השיעור במידה וארגיש כאב או אי נוחות ולהודיע על כך מיד למדריכה.
 - 3.4. במקרה של שינוי במצבי הרפואי הנני מתחייבת להודיע על כך מיד לחברה ובטרם ההגעה לשיעור.
 - 3.5. ידוע לי כי לאחר שנתיים מיום חתימתי על הצהרת בריאות זו, אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה.

תאריך: _____

חתימה: :: _____