



צו התיצבות לרישום ובדיקות

בתקף סמכותי לפי סעיף ג' ז' לחוק שירות ביטחון [נוסף מושך] התשחו-1988

הנוי קוראל

ת"ז _____ שם משפחה _____

כינוי _____ בום _____

בשנה _____

אכיקת גל, אלוף סבב
ראש מנהל הגדוד
פוקד

להתייצב לרישום בלשכת הגיוס האזרחי ב-

כא לד"יקן שליך לאכטיך במשותם דמות אזרחית מוקן כיוון הטעכון
אי התייצב בתקופו וכשהוא כאותו בזאת, לא-קבלה חיבור סמוך לשכבת הגיוס האזרחי מטהה נבדקה עליה

כל בקשה לשלוח המועד המופיע בזאת או להיפנות **למרכז המידיג בלשכות נס"**
או ע"י דרגתנו בראינדרט www aka.idf.il/giyus

קוד אישי לבירוחם:

צבא הגנה לישראל

סוד רשמי ומלאה המילוי

לשכת הגיוס האזרחי

למועדם/ת לשירות ביטחון שלום רב

1. לפיק שאלון בו הוק מתקשרות למולא רפואיים אוזות מצרך הרופאי.

עליך למלא אותו במדויק, כולל השאלון המכועד לזכא המשכחה.

בום והתייצב במשותם היפוי תעבורתי בדיקות רפואיות, אשר יקבעו את כושר הרופאי וכרכושן יסגר סרך אכזריות השובץ והקשרה אליהם אותה מינעה/ת.

2. קיבלת מיעג רפואי מולא ו讚מכי הינה חיונית ביותר.

3. עליך להבא לדייג לשכת הגיוס האזרחי מכל מיעג על עברך הרפואי או כל מיעג אחר העשוי לתרום לקביעת כושרך ומונכלה/ת.

4. שימוש/שיימי ב- הסתרת מיחזור משולבות האצר, מהוועה עבירה על החוק.

5. ענה/י על השאלון כמלואה, ואלה/י אותו אליו בזאת באמצעות המטפה

המצורפת (אין צורך בכוכן) תוך 14 ימים.

עליך להזכיר גם אם אויה/בריאה/ת.

6. אם יש ביך אבחון דיזקט מולא, שלה/י אותו עם השאלון הרפואי.

7. מומוץ להאטיך בMMddון קל.

בקרה

אי-AMILI השאלון ושליחתו לשכת הגיוס בזאת עלולה לגרום לדיחוג מסטר

פעמים נוספות, ותמנען קידום הליכי המיון ולקביעת שיבוצך בזכה.

חלק א: שאלון רפואי למועדם/ת לשירות ביטחון

(ימולא ע"י המועדם/ת)

פרטי המועדם/ת:

מס' זהות	שם המשפחה	שם פרטיה	שם האב	מין	תאריך התיצבות	כתובת מותגין
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

נא מלא את הפרטים הבאים:

טלפון בית	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	שם חוליים (שם + כתובה)	י"א / י"ב האם חנק בכתובת:
_____	_____	_____	_____	_____

אם את/ה סובל/ת או סבלת מażת התופעות הבאות:

מקום האשפוז והמוועד	האם אושפזה בין תופעה זו (*)	האם גן סובל/ת			התופעה
		לא	כן	כן	
					1. חבלה בראש או אוזע כוח
					2. כאבי ראש חרורים, התעלפויות, שרוחירות, התכווציות
					3. הפרעות שמיעת, דלקות אוניבס חרור
					4. מחלת אלרגיה, טינוסיטיס, קושי בשיסמה ודק האף
					5. הפרעות ראייה, צירר במשקפים, עייזון צבעים
					6. דלקות עיניים חרור
					7. טיפול בלבד לתיקון קצר וeah
					8. בעיות בלחץ הומ
					9. כאבים, דקירות חרור, מחלות לב, שינוי בדופק
					10. אסתטמה, ציפזופים, קיבר נשימה
					11. מחלות אנדוקריניות
					12. כאב, כאנה, כאב בטן חרור, כאבתה
					13. דלקת מעיים, דימומים במערכת העיכול, שרוריות
					14. מחלת רט (כטן-אנכית, טרומבטויזופניה)
					15. כאבי גב חרורים, חבלה בגב
					16. כאם ברוליות, הפרעות נרכילות, בעיות קורסול וטיה לנקע חרור
					17. מחלות פרקט
					18. סכדים בעצמות, פריקה כתני
					19. מחלות עור, שומות
					20. חרואות בכפות הודים והרגליים המפריעות בתפקיד
					21. אלרגיה, רגישות יתר לעקיצות חרוקים, חרופות וחומרים אחדים
					22. מחלות כליות, הפרעה במתן השתן, הרסמתليل
					23. לבנים-בעיות באשכים, בען מפשעת, כאבים ב拊שאה
					24. לננות-הפרעות במוחור וחוויש
					25. שחפת, סייגל ממושך או סייגל דמי
					26. תחולת טפסאות בעבר/בהווה
					27. האם עברות ניתוח כלשונה

אם כן, פרט	לא (*) כן	
		28. האם הין נסיל/ת חרופות באהן קבוע.
		29. האם חוק רמייה למחרות:
		30. האם סובלת או קיבלת ייעוץ פסימולני:
		31. האם חוק משתחשת/ בסמים או אלטורה:

מחלות משפחתיות: האם מישחו במשפחה הקרובה (הורים, אחים) סובל ממחלה מסוימת הבאות: (אם כן צין את הקירבה)

פירוט	קיורבה	האם קיימת (*)		המחלה
		לא	כן	
				32. סכרים
				33. עודף שומנים בעד
				34. יתר לחץ דם
				35. מחלות לב
				36. מחלות ריאה כרוניות, שחפת
				37. מחלות נגטיות (חורשתיות)
				38. סרטן
				39. אחר (פרט)

הצהרת המועמד/ת:

הנני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים וכי לא העلمתי כל מידע רפואי.
ידוע לי כי הצהרה לא נכוןה עלולה לגרום לי נזק רפואי.
ידוע לי כי הצהרה לא נכוןה מהוות עבריה ותగורר העמדתי לדין.

חתימה

שם פרטי

שם משפחה

מס' זהות

תאריך

(*) נא ענה/י על כל השאלות ע"י סימן X במקומות המתאים לכך.
במידה וצינית כי חינוך סובל/ת ממחלה כלשהיא, נבקש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על כך.
(כגון: בדיקת-שמעייה, אקו לב, ארגומטריה, תוצאות בירור רנטגן, C.T., A.I., M. ובדיקה מעבדה).

חלק ב: (iomla ע"י רופא המשפחה)

מתוך הכרותי את המועמד/ת ומהרישום בטיקו/ה הרפואי, המועמד/ת סובל/ת או סבל/ה מהתופעות הבאות:

טיפול קבוע במחלה זו (*)	מקום האשפוז והמועד	האםrank{rank} סובל/ת מהתופעה (*)		התופעה
		לא	כן	
				40. מחלות ניהוליות (כולל אפילפסיה).
				41. מחלות אנדרוקריניות.
				42. מחלות הפטולוגיות (כולל אנטיה).
				43. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר.
				44. מחלות אף, אוזן, גרון.
				45. בעיות נשימה (כולל אסתמה).
				46. מחלות לב, מומי לב.
				47. יתר לחץ דם.
				48. מחלות דרכי העיכול והכבד.
				49. מחלות פרקים.
				50. הפרעות בשלל (כולל שברים בעצמות).
				51. ממירות.
				52. הפרעות נפשיות.
				53. טיפול פסיכולוגי.
				54. סמים ואלכוהול.
				55. מחלות חורשתיות.
				56. שחפת.

אם כן, פרט	לא	כן	
57. האם בטיפול רפואי קבוע:			
58. האם קיימת רישיota לטיפול:			
59. האם קיימת רישיota למזון / עיקיות:			
60. האם עבר/ה בדיקות מיזוחות:			
61. האם נמצא/ת בעקב רפואי קבוע:			
62. האם עבר/ה ניתוחים:			

63. לחץ דם: _____ 64. דופק: _____ 65. משקל (ק"ג): _____ 66. גובה (ס"מ): _____

(*) נאענה/י על כל השאלות ע"י סימן X במקומות המתאים לכך.

הערות:

- א. במידה האפשר נא לזרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכון מהלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבית".
 ב. במקרה סובל/ת מיתר לחץ דם נא לזרף מעקב של 10 מדידות לד' אחרונות.
 ג. במקרה עבר/ה ביופסיות – נא לזרף תוצאות תשובות הסטולוגיות.

הערות:

הצהרת הרופא:

הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידיעתי, וכי לא העלמתי מידע רפואי.

תאריך	שם רופא	שם הרשיון	חתימה	חותמתה
חלק ג:				

- א. אם הין מרכיב/ה משקפי ראייה או עדשות מגע, יש באפשרות לבצע בדיקת עיניים ע"י רופא עיניים או אופטומטריסט כדי להסוך מפרק התיצבות נוספת נספפת בלשכת הגויס האזורי.
 ב. אם קיים קווצר ראייה מ-4 – ומעלה, יש באפשרות לבצע בדיקות קורקעת העין (פונדוס) ע"י רופא עיניים כדי להסוך מפרק התיצבות נוספת נספפת בלשכת הגויס האזורי.

שם האב	שם המשפחה	תאריך לידה	שם פרטי	שם זיהות	תאריך

להלן הפרטים שימלא רופא העיניים או האופטומטריסט:

אחרי תיקון	AX	CYL	SPH	לפני תיקון	عين يمين	عين שמאל

لتשומת לבך: על חלק זה להיחתום ע"י רופא עיניים או האופטומטריסט הבודק.

תאריך	חתימה	חותמתה רופא עיניים מומחה או אופטומטריסט	וחותמת רופא עיניים מומחה או אופטומטריסט

- ג. אם ברצונך ל��ור תהליכי נא הבא/י עימך תוצאות בדיקת שחזור לכללית שהתבצעה עד שלושה חודשים לפני התיצבותך בלשכה.