

**שאלון רפואי למועמד לקורס טייס  
(למילוי ע"י רופא המשפחה)**

|           |          |         |            |
|-----------|----------|---------|------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה |
|-----------|----------|---------|------------|

**הערות לרופא :**

- I. באם פנה/פנתה אליך ב- 3 שבועות אחרונים אנא ציין את הסיבה והטיפול בבעייתו/ה.
- II. במידת האפשר נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.
- III. באם עברה/ה ביופסיות – נא צרף תוצאות תשובות היסטולוגיות.

מתוך היכרותי עם המועמד (מהרישומים בתיקו/ה הרפואי, המועמד/ת סובל/ת או סבל/ה מהממצאים הרפואיים הבאים : (יש לסמן ב- X במקום המתאים לכך)

| מקום האשפוז והמועד | האם אושפז/ה בגין מצב?<br>סמן ב-X במשבצת המתאימה |    | האם סובל/ת מהמצב?<br>סמן ב-X במשבצת המתאימה |    | מצב רפואי                                 |
|--------------------|---|----|---|----|---|
|                    | כן  | לא | כן  | לא |   |
|                    |   |    |   |    | 1. מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)      |
|                    |   |    |   |    | 2. מחלות אנדוקריניות                      |
|                    |   |    |   |    | 3. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)          |
|                    |   |    |   |    | 4. מחלות עיניים, עוררון לילה, טיפול בליזר |
|                    |   |    |   |    | 5. מחלות אף, אוזן, גרון                   |
|                    |   |    |   |    | 6. בעיות נשימה (כולל אסטמה)               |
|                    |   |    |   |    | 7. מחלות לב, מסתמי לב                     |
|                    |   |    |   |    | 8. יתר לחץ דם                             |
|                    |   |    |   |    | 9. מחלות דכי עיכול והכבד                  |
|                    |   |    |   |    | 10. מחלות פרקים                           |
|                    |   |    |   |    | 11. הפרעות בשלד (כולל שברים בעצמות)       |
|                    |   |    |   |    | 12. ממאירות                               |
|                    |   |    |   |    | 13. הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי        |
|                    |   |    |   |    | 14. סמים ואלכוהול                         |
|                    |   |    |   |    | 15. מחלות תורשתיות                        |
|                    |   |    |   |    | 16. האם בטיפול רפואי קבוע?                |
|                    |   |    |   |    | 17. האם קיימת רגישות לתרופות?             |
|                    |   |    |   |    | 18. האם קיימת רגישות למזון/עקיצות?        |
|                    |   |    |   |    | 19. האם נמצאת/ת במעקב מרפאתי קבוע?        |
|                    |   |    |   |    | 20. האם עברה/ה ניתוחים?                   |

**הערות הרופא :**

---



---



---



---



---

**הצהרת הרופא :**

הנני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי נכונים למיטב ידיעתי, וכי לא העלמתי כל מידע רפואי.

חותמת

חתימה

מספר רשיון

שם הרופא

תאריך