

טופס הצהרת בריאות למבקש להתאמן בחדר כושר

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____ תאריך לידה: _____ / _____ / _____
*האמור בשאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך הוא מיועד גם לנקבה.

חלק א': שאלון רפואי

אנא קרא את השאלון להלן בצורה יסודית וענה על כל שאלה בכנות באמצעות ✓ במשבצת המתאימה

לא	כן	
		1 האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלות לב?
		2 האם אתה חש כאבים בחזה (א) בזמן מנוחה? (ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום יום? (ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?
		3 האם במהלך השנה החולפת (א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת סמן לא - אם הסחרחורת נבעה בנשימת יתר (כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת)? (ב) אבדת את הכרתך?
		4 האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת אסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים (א) נזקקת לטיפול תרופתי? (ב) סבלת מקוצר נשימה או ציפופים?
		5 האם אחד מבני משפחתך מדרגה קרובה ראשונה נפטר (א) ממחלת לב? (ב) ממוות פתאומי בגיל מוקדם (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם מדובר באישה)?
		6 האם הרופא שלך אמר לך ב-5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית?
		7 האם הינך סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית?
		8 לנשים בהריון: האם ההריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון?

חלק ב': הנחיות

- באם סימנת **כן** באחת מהשאלות שבחלק א' בטופס זה - לצורך קבלתך למכון הכושר עלייך להמציא למכון הכושר גם תעודה רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון במכון הכושר. מכון כושר יקבל מתאמן שהמציא תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.
- באם ענית **לא** לכל השאלות שבחלק א' בטופס זה - מלא את ההצהרה שבחלק ג' לטופס זה וחתום עליה.
- בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות במכון הכושר.

חלק ג': הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה ומילאתי אותו בעצמי. אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור. ידוע לי כי לאחר שנתיים מיום חתימתי על הצהרת בריאות זו, אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה.

שם מלא: _____ תאריך: _____ / _____ / _____ חתימה: _____

** התועלת הבריאותית של פעילות גופנית סדירה ברורה: חשוב שיותר אנשים יהיו פעילים כל ימות השבוע, ביצוע פעילות גופנית מאד בטוחה לרוב האנשים, השאלון הזה יבהיר לך באלו מקרים עליך להתייעץ עם הרופא ולהביא תעודה רפואית שלך לפני שתתחיל להתאמן במכון הכושר חשוב להדגיש, מומלץ לבצע פעילות גופנית לאחר קבלת הדרכה ובאופן מדורג, במיוחד אם אתה מעל גיל 45 ובכוונתך לבצע פעילות בעצימות גבוהה ואינך רגיל לעשות זאת.

טופס הצהרת בריאות למבקש להתאמן בחדר כושר

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____ תאריך לידה: _____ / _____ / _____
*האמור בשאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך הוא מיועד גם לנקבה.

חלק א': שאלון רפואי

אנא קרא את השאלון להלן בצורה יסודית וענה על כל שאלה בכנות באמצעות ✓ במשבצת המתאימה

לא	כן	
		1 האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלות לב?
		2 האם אתה חש כאבים בחזה (א) בזמן מנוחה? (ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום יום? (ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?
		3 האם במהלך השנה החולפת (א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת סמן לא - אם הסחרחורת נבעה בנשימת יתר (כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת)? (ב) אבדת את הכרתך?
		4 האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת אסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים (א) נזקקת לטיפול תרופתי? (ב) סבלת מקוצר נשימה או ציפופים?
		5 האם אחד מבני משפחתך מדרגה קרובה ראשונה נפטר (א) ממחלת לב? (ב) ממוות פתאומי בגיל מוקדם (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם מדובר באישה)?
		6 האם הרופא שלך אמר לך ב-5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית?
		7 האם הינך סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית?
		8 לנשים בהריון: האם ההריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון?

חלק ב': הנחיות

- באם סימנת **כן** באחת מהשאלות שבחלק א' בטופס זה - לצורך קבלתך למכון הכושר עלייך להמציא למכון הכושר גם תעודה רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון במכון הכושר. מכון כושר יקבל מתאמן שהמציא תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.
- באם ענית **לא** לכל השאלות שבחלק א' בטופס זה - מלא את ההצהרה שבחלק ג' לטופס זה וחתום עליה.
- בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות במכון הכושר.

חלק ג': הצהרה - הסכמתה בכתוב של אחד מהורי הקטין

מתאמן שלא מלאו לו 18 שנה יצרף להצהרת הבריאות או לתעודה הרפואית, לפי העניין, את ההסכמה מטה חתומה בידי אחד מהוריו.
אני מסכימ/ה כי שם מלא: _____ תעודת זהות: _____
י/תתאמן בחדר כושר בכל סוג אימון / בסוגי האימונים המפורטים
להלן: _____

שם ההורה: _____ תאריך: _____ / _____ / _____ חתימת ההורה: _____