

# הצהרת בריאות לרשת מועדוני כושר ובריאות - באלאנס קלאב

שם המארח \_\_\_\_\_ מנוי  אורח

## הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי בטופס 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 משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_

## הנחיות

- אם סימנת כן באחת מהשאלות שבשאלון הרפואי בטופס זה - לצורך קבלתך למכון הכושר עליך להמציא למכון הכושר גם תעודה רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון במכון כושר. על המזמין להמציא תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.
- אם ענית לא לכל השאלות שבשאלון הרפואי בטופס זה - מלא את ההצהרה בטופס זה וחתום עליה.
- בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות במכון הכושר.

## הרשאת הורה לקטין

מתאמן שלא מלאו לו 18 שנה יצרף להצהרת הבריאות או לתעודה הרפואית, לפי העניין, את ההסכמה מטה, חתומה בידי אחד מהוריו.

אני, שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

מסכים/ה כי בני/בתי י/תתאמן בחדר כושר בכל סוגי האימונים הקיימים במועדון הכושר והבריאות - באלאנס קלאב

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

## פרטים אישיים

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

הצהרת בריאות זו נוסחה בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך מיועדת לנשים וגברים כאחד.

## שאלון רפואי

אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית וענה על כל שאלה בכנות באמצעות סימון ✓ במשבצת המתאימה.

- |                          |    |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | כן |
| <input type="checkbox"/> | לא |
- האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב?
  - האם אתה חש כאבים בחזה (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה) -  
(א) בזמן מנוחה?
  - (ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום?
  - (ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?
  - האם במהלך השנה החולפת (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה) -  
(א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת?
  - סמן לא- אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר (כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת).
  - (ב) איבדת את הכרתך?
  - האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה) -  
(א) נזקקת לטיפול תרופתי?
  - (ב) סבלת מקוצר נשימה או ציפצופים?
  - האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה) -  
(א) ממחלת לב?
  - (ב) ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם זו אישה)
  - האם הרופא שלך אמר לך ב-5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית?
  - האם הינך סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית?
  - לנשים בהריון: האם ההריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון?

הערות נוספות: \_\_\_\_\_



Balance club

טל': 11-70-70-1700, www.balance-club.co.il  
סניפי הרשת: קרית מוצקין | רמת ישי | נהריה | עפולה

גרסה מאי 2017