

תאריך: \_\_\_\_\_:

## שאלון הערכת בריאות ומעקב אימונים

שם מלא: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
ת.ז: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_  
נייד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### הצהרת המתאמן/ת:

הנני מצהיר/ה שהמידע שאני מוסר/ת אודות מצב בריאותי הוא אמיתי ומלא, ואין בו שום מגבלה היכולה למנוע ממני לבצע אימוני כושר אצל אלינור למפל. ידוע לי כי אימונים אלה אינם מחליפים ו/או באים במקום מפגש עם רופא.

הנני מסיר/ה מאלינור למפל כל אחריות לגבי מצב בריאותי הנוכחי. הנני מסיר/ה מאלינור למפל כל אחריות לגבי כל שינוי במצב בריאותי, העלול לקרות במהלך האימונים מסיבות שונות או כתוצאה מאי מסירת מידע מלא ומדויק על מצבי הרפואי בעת הפגישה ובעת מילוי שאלון זה.  
אלינור למפל מצהירה שכל המידע בשאלון רפואי זה הוא חסוי.

שם פרטי + משפחה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

1. האם את בהריון? כן / לא
2. במידה וענית כן, באיזה שבוע את? \_\_\_\_\_ מהו תאריך הלידה המשוער? \_\_\_\_\_
3. האם הריון טבעי / IVF?
4. במידה וענית בשאלה 1 לא, האם מתוכנן הריון בקרוב? כן / לא
5. האם את נמצאת בטיפול פוריות? כן / לא
6. האם את לאחר לידה? כן / לא
7. במידה וענית כן, כמה זמן את לאחר לידה?
8. האם הלידה הייתה גינאלית / ניתוח קיסרי (חירום/ מתוכנן)? \_\_\_\_\_
9. האם לקחת אפידורל / זריקת טשטוש? \_\_\_\_\_
10. באיזה שבוע ילדת? \_\_\_\_\_

11. האם יש / היו תפרים? \_\_\_\_\_
12. באיזה קופ"ח הינך מבוטחת? כללית / מכבי / מאוחדת / לאומית
13. האם עסקת בפעילות גופנית בתקופה האחרונה (עד שנה אחורה)? כן / לא
14. במידה וענית כן צייני איזה סוג פעילות? \_\_\_\_\_
15. במה את עובדת ומה מנח הגוף הנפוץ שלך במהלך היום יום (עמידה / ישיבה)? \_\_\_\_\_

16. האם את/ה סובלת/ת מהמחלות הבאות :
- האם את/ה נוטלת/ת תרופות באופן קבוע? כן/לא
- האם אושפזת בשנתיים האחרונות? כן/לא
- האם נותחת בעבר? כן/לא
- האם אובחנה אצלך מחלת עצבים כלשהיא? כן/לא
- האם אבחנת כחולה אפילפסיה? כן/לא
- האם אבחנת כחולה בסוכרת? כן/לא
- האם אובחנה אצלך מחלת כליות/דרכי השתן? כן/לא
- האם אובחנה אצלך חרדה/דיכאון? כן/לא
- האם את/ה צורקת/ת סמים/אלכוהול? כן/לא
- האם אבחנת כחולה סרטן/איידס? כן/לא

17. האם אובחנה אצלך מחלת לב הקשורה לקצב הלב (קוצב לב)? כן/לא
- האם את/ה סובלת/ת מלחץ דם גבוה/נמוך? כן/לא
- האם את/ה מקבלת/ת תרופות ללחץ דם? כן/לא
- האם את/ה מקבלת/ת תרופות לדילול הדם? כן/לא
- האם יש לך שומנים בדם/דליות? כן/לא
- האם יש לך נטייה ליצור קרישי דם? כן/לא

הערות:

---

---

---

---

---

---

\*\_במידה ואת בהריון / לאחר לידה יש להביא אישור מטעם רופא המשפחה או רופא נשים שהינך כשירה לאימוני כושר.