

## הצהרה על מצב בריאות לצורך השתתפות במסע "גלגלי אהבה" \_\_\_\_\_ של בי"ח אלן

על הרוכב / מתנדב למלא את ההצהרה ולשלוח אותה חזרה לבית חולים אלן - בדואר \ דוא"ל או בפקס ע"פ הפרטים הרשומים מטה

למילוי ע"י המשתתף\ת:

שם משתתף: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. האם קיימות פציעות או בעיות בריאותיות העלולות להשפיע על יכולתך להשתתף במסע האופניים?

(כגון: מחלות קרדיו-וסקולריות, בעיות נירולוגיות, ארטריטיס, סוכרת וכו')? **כן \ לא**

פרט: \_\_\_\_\_

אני לוקח בקביעות את התרופות הבאות (כולל תרופות אלטרנטיביות):

א. \_\_\_\_\_ ג. \_\_\_\_\_  
ב. \_\_\_\_\_ ד. \_\_\_\_\_

2. האם קבלת חיסון טטנוס במהלך חמש השנים האחרונות? **כן / לא**

אם לא, באיזו שנה הייתה הפעם האחרונה שקבלת את החיסון? שנה \_\_\_\_\_

3. האם קיים מידע רפואי אחר שעל המארגנים להיות מודעים לו? **כן \ לא**

פרט: \_\_\_\_\_

להלן טופס הצהרה רפואית חתום ע"י רופא המשפחה המאפשר לי להשתתף במסע "גלגלי אהבה" למען בית חולים אלן. אני מאשר למארגני המסע להעביר מידע רפואי רלוונטי אודותי לרופא האחראי על המסע ולכל גורם שלישי שיהיה מעורב בטיפול ישיר בי. ידוע לי כי כל מידע רפואי ואחר אודותיי הינו חסוי וינתן אך ורק לגורם הרפואי המטפל.

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

### ימולא ע"י רופא המשפחה

באם הנ"ל משתתף במסע גלגלי אהבה **כרוכב**, מסלול המסע כולל רכיבה במשך 50-140 ק"מ במשך חמישה ימים או יום אחד בהתאם למסלול בו הוא בוחר לרכוב.

הנני מאשר בזאת כי למיטב ידיעתי המידע הרשום לעיל מדויק

וכי הרוכב (שם מלא) \_\_\_\_\_

כשיר מבחינה רפואית להשתתף במסע אופניים המהווה פעילות גופנית מאומצת.

באם הנ"ל משתתף במסע גלגלי אהבה **כמתנדב\ת**:

הנני מאשר בזאת כי למיטב ידיעתי המידע לעיל הינו מדויק

וכי המתנדב (שם מלא) \_\_\_\_\_

כשיר מבחינה רפואית לעבודה פיזית במשך 10 שעות ביום.

הערות נוספות: \_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_