

## הצהרה על מצב בריאות לצורך השתתפות במסע "גלגאלין" \_\_\_\_\_ 20 של בית חולים אלן

על הרוכב\ת 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: \_\_\_\_\_ 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**

פרטאי:

\_\_\_\_\_ אני לוקח\ת 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**

פרטאי:

\_\_\_\_\_

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

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

### ימולא ע"י רופא\ת המשפחה

\*מסלול המסע כולל רכיבה במשך 40-70 ק"מ בהתאם למסלול בו הרוכב\ת בוחר לרכוב.

הנני מאשר\ת בזאת כי למיטב ידיעתי המידע הרשום לעיל מדויק

וכי הרוכב\ת (שם מלא) \_\_\_\_\_

כשירה מבחינה רפואית להשתתף במסע אופניים המהווה פעילות גופנית מאומצת.

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