

שאלון ט"ז



כלל חברה לביטוח בע"מ

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

פרטי המועמד לביטוח מועמד ראשי מועמד שני ילד

שם משפחה	שם פרטי	תאריך הלידה	מספר הזהות	המין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	גובה	משקל
					ס"מ	ק"ג

טו. שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות מערכת השלד והשרירים (כולל גב ועמוד שדרה)

התופעה (הקף את המתאים)	האיבר הפגוע	האירוע היה במהלך 5 השנים האחרונות		אירועים חוזרים		נפסקו לך יותר מ-10% נסות ו/או אתה מצוי בהליכי תביעה ו/או אתה מתעתד לתבוע		קיימת מגבלה תפקודית (כאבים, הגבלה בתנועה וכד')	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. מום מולד <input type="checkbox"/> שבר <input type="checkbox"/> פריקה <input type="checkbox"/> פגיעה בגידים <input type="checkbox"/> ברצועות <input type="checkbox"/> בעצבים <input type="checkbox"/>	כתף ימין								
	כתף שמאל								
2. מום מולד <input type="checkbox"/> שבר <input type="checkbox"/> פגיעה בגידים <input type="checkbox"/> ברצועות <input type="checkbox"/> בעצבים <input type="checkbox"/>	יד ימין								
	יד שמאל								
3. שבר <input type="checkbox"/> פריקה <input type="checkbox"/> פגיעה בגידים <input type="checkbox"/> ברצועות <input type="checkbox"/> בעצבים <input type="checkbox"/> מרפק טניס <input type="checkbox"/>	מרפק ימין								
	מרפק שמאל								
4. שבר <input type="checkbox"/> אצבע הדק <input type="checkbox"/> דה קרווין <input type="checkbox"/> פגיעה בגידים <input type="checkbox"/> בעצבים <input type="checkbox"/>	שורש ו/או כף-יד ימין								
	שורש ו/או כף-יד שמאל								
5. שבר	אגן הירכיים								
6. שבר	מפרק ירך ימין								
	מפרק ירך שמאל								
7. שבר <input type="checkbox"/> פריקה <input type="checkbox"/> פגיעה בגידים <input type="checkbox"/> ברצועות <input type="checkbox"/> בעצבים <input type="checkbox"/> מניסקוס <input type="checkbox"/>	ברך ימין								
	ברך שמאל								
8. מום מולד <input type="checkbox"/> שבר <input type="checkbox"/> פריקה <input type="checkbox"/> רגל קצרה ביותר מ-2 ס"מ <input type="checkbox"/> פגיעה בגידים <input type="checkbox"/> ברצועות <input type="checkbox"/>	רגל ימין								
	רגל שמאל								
9. מום מולד <input type="checkbox"/> שבר <input type="checkbox"/> פריקה <input type="checkbox"/> פגיעה בגידים <input type="checkbox"/> ברצועות <input type="checkbox"/>	קרסול ימין								
	קרסול שמאל								
10. מום מולד <input type="checkbox"/> שבר <input type="checkbox"/> פריקה <input type="checkbox"/> פגיעה בגידים <input type="checkbox"/> ברצועות <input type="checkbox"/> בעצבים <input type="checkbox"/>	כף-רגל ימין								
	כף-רגל שמאל								
קטיעת גפה מלאה/או חלקית									
15. בכטרב (אנקילוזינג ספונדיליטיס) ¹						<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא		
16. בריחת סידן (בא לצרף דו"ח צפיפות עצם אחרון)						<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא		
16.1 אוסטיאופניה						<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא		
16.2 אוסטיאופרוזיס						<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא		
17. מחלת פרטס <input type="checkbox"/> דיסלוקציה (CDH)						<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא		
17.1 מפרק ירך ימין <input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל <input type="checkbox"/>									
17.2 נותח, נא מלא שאלון ניתוחי									
18. גב וצוואר: כאבים ו/או בעיות בחוליות ו/או עיוותים בעמוד שדרה - סמן <input checked="" type="checkbox"/> מימין בטור המתאים: עמוד שדרה צווארי, גבי או תחתון והשלם את הפרטים בטור המסומן לפי השאלות שבמהלך						<input type="checkbox"/> גב צווארי (C1-C7)	<input type="checkbox"/> גב גבי (D1-D12)	<input type="checkbox"/> גב תחתון (L1-S5)	
						<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
18.1 בשל הכאבים מקק לטיפול: תרופתי <input type="checkbox"/> פיזיותרפי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>									
18.2 היעדרות מן העבודה ליותר מ- 14 ימים ברציפות במהלך 3 השנים האחרונות									
18.3 אירוע אחרון של הכאבים היה במהלך 3 השנים האחרונות									
18.4 בלט <input type="checkbox"/> פריצת דיסק <input type="checkbox"/> שבר בחוליה <input type="checkbox"/> היצרות תעלת השדרה <input type="checkbox"/> שחיקה <input type="checkbox"/> כיוון <input type="checkbox"/>									
18.5 קיימת מגבלה תפקודית (כאבים, הגבלה בתנועה וכדומה)									
18.6 ספונדילוליזיס <input type="checkbox"/> ספונדילוליטיס <input type="checkbox"/>									
19. עקמת: מלווה בכאבים <input type="checkbox"/> נותח, נא מלא שאלון ניתוחים						<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא		
מום/מחלה ו/או הפרעה אחרת במערכת השלד והשרירים שלא פורטה לעיל									

¹ נא מכתב מרופא מומחה המפרט אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני



תאריך: _____ שם המועמד: _____

מס' זהות: _____ חתימת המועמד: _____

