

הצהרת בריאות בעבור ייעוץ תרופתי למנוי

א. פרטים אישיים של המנוי						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	
_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

ב. פירוט מצב הבריאות (כולל הצהרה על מחלה כרונית): יש לצרף מסמכים רפואיים

ג. מידע על צריכת תרופות				
שם התרופה (עברית / אנגלית)	מרשם / ללא מרשם	נוטל החל מתאריך	עבור טיפול ב-	המרשם ניתן על-ידי
		_ _ _ _ _ _ _		
		_ _ _ _ _ _ _		
		_ _ _ _ _ _ _		
		_ _ _ _ _ _ _		

ד. פירוט צריכת תוספים וטיפול רפואי משלימה				
שם המוצר	סוג: תוסף מזון / רפואה משלימה / צמחי מרפא / אחר	נוטל החל מתאריך	עבור טיפול ב-	המרשם ניתן על-ידי
		_ _ _ _ _ _ _		
		_ _ _ _ _ _ _		
		_ _ _ _ _ _ _		
		_ _ _ _ _ _ _		

ה. פירוט תופעות לוואי מהן סובל המנוי (אם ישנן)

ו. פירוט הרגלים ואורחות חיים (זמן מסך, ספורט, עישון, צריכת אלכוהול, תזונה, סמים וכו')

ז. הצהרה על מחלה כרונית

אני מצהיר כי אני חולה כרוני ונוטל כל יום לפחות 5 תרופות לתקופה העולה על 6 חודשים ברציפות.

תאריך	שם המנוי	חתימה
_ _ _ _ _ _ _		

(03.2013)