

טופס בדיקה רפואית של מועמד לתכנית well-come

(תכנית well-come בשמה הקודם תכנית הדרכונאים)

תאריך: _____

פרטי המועמד:

שם ושם משפחה..... ת.ז. תאריך לידה...../...../.....

שם הרופא הבודק..... טל' הרופא:

סניף מכבי..... שם מתאמת שירות מטפלת.....

בדיקת הרופא מחייבת התייחסות לסעיפים הבאים:

מחלות משפחתיות

.....
.....

מחלות עבר/היסטוריה רפואית.....

.....

אשפוזים (כולל ניתוחים).....

.....

בדיקות/טיפולים מיוחדות שבוצעו.....

.....

נטילת תרופות קבועות (בשמות המוכרים בארץ)

.....

.....



הריון/פרייון

.....

..... ממצאים בבדיקה גופנית

.....

.....

תוצאות בדיקות:

..... ל.ד

..... א.ק.ג.

..... סוכר

..... שומנים בדם

..... כולסטרול

..... BMI

בדיקות מעבדה ספירת דם וביוכימיה - נא לצרף דף תשובות

..... אבחנות.....

.....

.....



.....תאריך הבדיקהחתימה וחותמת הרופא הבודק.

המלצת וועדה רפואית במטה : לקבל / לדחות

תאריך

מס' תעודת זהות

שם מלא וחתימה

