

הצהרת בריאות

האם הנך בהריון? כן/לא _____

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצא במעקב רפואי שגרתית? כן/לא אם כן אנא פרטי/י

האם קיימת אצלך רגישות כלשהי, לרבות אלרגיה לתרופות ו/או לחומרים מסוימים? כן/לא אם כן אנא פרטי/י

האם במהלך התקופה האחרונה נטלת תרופות מכל סוג שהוא? כן/לא אם כן אנא פרטי/י: _____

התוויות נגד לטיפול	
זיהומי עור מקומיים	<input type="checkbox"/>
מחלת הסרטן	<input type="checkbox"/>
איידס ו- HIV	<input type="checkbox"/>

אני מאשר/ת שקראתי הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי.

אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

חתימת המטופל _____ תאריך _____

שם האפוטרופוס _____ חתימת האפוטרופוס _____