

## טופס הצהרת בריאות לאימוני טריאתלון (שחיה/רכיבה/ריצה)

שם \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

### חלק א': שאלון רפואי

אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית

1. האם הנך סובל ממחלת לב
2. האם הנך חש כאבים בחזה  
(א) בזמן מנוחה?  
(ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום?  
(ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?
3. האם במהלך השנה החולפת  
(א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת?  
(ב) איבדת את ההכרה?
4. האם רופא אבחן אותך סובל ממחלת האסתמה ובשלושת החודשים האחרונים.  
(א) נזקקת לטיפול תרופתי?  
(ב) סבלת מקוצר נשימה או ציפצופים?
5. האם הרופא אמר לך לאחרונה לבצע פעילות גופנית תחת השגחה רפואית?
6. האם הינך סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה להגביל בביצוע פעילות גופנית?

### חלק ב': הנחיות

1. אם באחת מהשאלות התשובה הינה **חיובית** (בחלק א' בטופס זה) - עלייך להביא אישור רפואי מרופא לפיה הרופא מאשר אימון טריאתלון (ריצה שחיה אופניים כושר).
2. אם בכל השאלות בתשובה הינה **שלילית** (בחלק א' בטופס זה) - מלא את ההצהרה שבחלק ג' לטופס זה וחתום עליה.
3. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות ספורטיבית

### חלק ג': הצהרת ההורה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה ומילאתי אותו בעצמי. אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור.

ידוע לי כי לאחר שנתיים מיום חתימתי על הצהרת בריאות זו, אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה.

שם: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_