



מנוי מספר: \_\_\_\_\_ תאריך מילוי הצהרת בריאות: \_\_\_\_\_ (תקף לשנתיים)

### תוספת ראשונה (תקנה 2)

**טופס הצהרת בריאות למבקש להתאמן בחדר כושר\* מרכז הספורט נווה יעקב**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

(האמור בשאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך הוא מיועד גם לנקבה)

#### חלק א': שאלון רפואי | אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית ופעל לפי הנחיות אלה:

אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות שבחלק א' לטופס זה היא חיובית, אז לצורך קבלתך למכון הכושר עלייך להמציא למכון הכושר גם תעודה רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון במכון כושר, מכון כושר יקבל מתאמן שהמציא תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.

אם **כל התשובות** לשאלות שבחלק א' לטופס זה הן שליליות - מלא את ההצהרה שבחלק ב' לטופס זה וחתום עליה. (הקף בעיגול את הנכון)

בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות במכון הכושר.

1. האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב? (כן) (לא)
2. האם אתה חש כאבים בחזה: (הקף בעיגול תשובתך)  
א. בזמן מנוחה? ב. במהלך פעילות שיגרה ביום-יום? ג. בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית?
3. האם במהלך השנה החולפת:  
א. איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? (כן) (לא) סמן לא אם הסחרחורת נבעה מנשימה יתר (כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת).  
ב. איבדת את הכרתך?
4. האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים:  
א. נזקקת לטיפול תרופתי? ב. סבלת מקוצר נשימה או צפצופים?  
האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר:
5. א. ממחלת לב? (כן) (לא) ב. ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (כן) (לא) (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם זו אישה)
6. האם הרופא שלך אמר לך 5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית? (כן) (לא)
7. האם הנך סובל ממחלה קבועה (כרונית) שאינה נזכרת לעיל ועשויה למנע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית? (כן) (לא)
8. לנשים בהיריון:- האם ההיריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון? (כן) (לא)

#### חלק ב': הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה ו**כל התשובות** לשאלות בטופס זה הן שליליות. 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: \_\_\_\_\_ מס' פלאפון/טלפון: \_\_\_\_\_

#### חתימה: \_\_\_\_\_

\*התועלת הבריאותית של פעילות גופנית סדירה ברורה. חשוב שיותר אנשים יהיו פעילים כל ימות השבוע, ביצוע פעילות גופנית מאד בטוחה לרוב האנשים. השאלון הזה יבהיר לך באלו מקרים עליך להתייעץ עם רופא ולהביא תעודה רפואית שלך לפני שתתחיל להתאמן במכון כושר.

**חשוב להדגיש. מומלץ לבצע פעילות גופנית לאחר קבלת הדרכה ובאופן מדורג, במיוחד אם אתה מעל גיל 45 והכוונתך לבצע פעילות בעצימות גבוהה ואינך רגיל לעשות זאת.**



### תוספת שנייה (תקנה 5)

#### הסכמה בכתב של אחד מהורי הקטין

מתאמן שלא מלאו לו 18 שנה יצרף להצהרת הבריאות או לתעודת הרפואית, לפי העניין, את ההסכמה מטה, חתומה בידי אחד מהוריו.

אני מסכים/ה כי: \_\_\_\_\_

(יש לציין שם, שם משפחה, מספר תעודת זהות)

י/תתאמן בחדר כושר בכל סוג אימון/בסוגי האימונים המפורטים להלן:

\_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הורה: \_\_\_\_\_