

הצהרת בריאות		דקלרציה о состоянии здоровья	
<p>(למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים). נא לענות על כל השאלות שלהלן. לכל שאלה יש לסמן ✓ בתשובה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, רשום בשורת "פירוט הממצאים החיוביים" או מספר השאלה ואת הפירוט.</p>		<p>(для упрощения декларация сформулирована в мужском роде, однако относится одинаково как к мужчинам, так и к женщинам) Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы. Против каждого вопроса поставьте знак ✓ в столбце «Да» или «Нет»; если ответ положительный, приведите номер вопроса и подробный ответ в строке «Подробные сведения по положительным ответам».</p>	
מס' דרכון	Номер паспорта	שם משפחה	שם פרטי
Имя и фамилия			
שאלות כלליות על מצב רפואי		Да	Нет
Общие вопросы о состоянии здоровья		כן	לא
1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג	1. Рост _____ метра Вес _____ кг.		
2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים(שלא כתוצאה מדיאטה)?	2. Наблюдалось ли уменьшение в весе на 5 кг и более в течение последних 12 месяцев (не в результате диеты)?		
3. האם אתה צורך אלוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה / יין או משקה אלוהולי אחר?	3. Потребляете ли Вы в настоящее время (или потребляли в прошлом) алкогольные напитки в количестве более одного стакана в день (пива / вина или другого алкогольного напитка)? שאלון אלוהול		
4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר?	4. Употребляете ли Вы в настоящее время наркотики (или употребляли в прошлом)? שאלון סמים		
5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?	5. Перенесли ли Вы в последние 10 лет какую-либо операцию, или вам была рекомендована операция?		
6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה _____ צרך סיכומי מחלה ומידע עדכני	6. Были ли Вы госпитализированы за последние 10 лет в каком-либо медицинском учреждении? В каком, когда, причина _____ Приложите медицинское заключение и последние справки		
7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.	7. Регулярный прием лекарств вследствие хронических заболеваний Укажите название препарата и причину приема		
8. בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, CT, MRI, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע	8. Диагностические проверки: <i>Проходили ли Вы в течение последних 10 лет, или Вам было рекомендовано пройти, одну или несколько из следующих проверок: катетеризация, сканирование сердца, эхокардиография, МРТ, КТ, эндоскопия, анализы на обнаружение раковой опухоли, биопсия и анализ на скрытую кровь?</i> Если да, то укажите тип проверки, время, результаты и причину назначения _____		
9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?	9. Получали ли Вы в течение последних 10 лет сообщения из Банка крови после ежегодного донорства?		
10. היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחים, אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת הפרקינסון ומחלת האלצהיימר. פרט למי וגיל האבחנה	10. Семейная история: Насколько Вам известно, был ли поставлен один из следующих диагнозов кому-либо из Ваших родственников (отец, мать, братья и сестры): болезнь сердца, инсульт, рак толстой кишки, рак яичников, рак молочной железы, диабет, поликистоз почек, рассеянный склероз, мышечная дистрофия, психическое расстройство, болезнь Хантингтона, болезнь Паркинсона или Альцгеймер. Укажите родство и возраст постановки диагноза		
11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?	11. Ограничены ли Вы в выполнении одного из следующих действий: встать, лечь, раздеться, одеться, принять ванну, принять пищу и питье, ходить; страдаете ли Вы недержанием?		
12. נכות ומום מולד- האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי ו/או הינך נמצא באי כושר עבודה כעת? שאלון נכות	12. Инвалидность и врожденные пороки – Была ли Вам установлена инвалидность (в настоящее время или в прошлом) по причине врожденных или приобретенных пороков, или травмы, или по медицинской причине? Находитесь ли Вы в процессе определения процента инвалидности и / или Вам была назначена инвалидность Национальным институтом страхования и / или Вы в настоящее время признаны профессионально нетрудоспособным? Вопросник по инвалидности		
שאלות על מחלות		Да	Нет
האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?		כן	לא
13. מחלת לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. יתר לחץ דם, כלי דם, קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים. שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם ושאלון מחלות לב וקרישה	13. Сердце и кровь Сердечно-сосудистые заболевания, стенокардия, инфаркт миокарда, аритмия, проблемы сердечных клапанов, врожденный порок сердца, кардиомиопатия или перикардит. Высокое кровяное давление, проблемы кровеносных сосудов, тромбоз, варикозное расширение сосудов, проблемы циркуляции, сужение артерий. Вопросник по сердцу, сердечно-сосудистой системе и гипертонии Вопросник по крови: свертываемость и расстройства		

Вопросник о заболеваниях Были ли диагностированы у Вас на протяжении жизни какие-либо из перечисленных ниже заболеваний, нарушений или медицинских проблем?		Нет לא	Да כן	שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?
14. Нервная система и мозг Рассеянный склероз, мышечная дистрофия, паралич, судороги (эпилепсия), T.I.A, инсульт, кровоизлияние в мозг (C.V.A), тремор, атаксия, болезнь Паркинсона. Вопросник по нервной системе				14. מערכת עצבים והמח טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A, אירועי מוח, שטף דם במוח(C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון. שאלון מערכת העצבים
15. Душевные расстройства и попытки суицида Вопросник по психическим расстройствам				15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית
16. Дыхательная система Астма, хронический бронхит, эмфизема легких, туберкулез, кровохарканье, повторяющиеся инфекции дыхательных путей. Вопросник по дыхательным путям / астме				16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיזה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה
17. Пищеварительная система и печень Язва (желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, хронические воспалительные кишечные инфекции, желудочно-кишечные кровотечения, геморрой, ректальные проблемы, хронические заболевания печени, гепатит, камни в желчном пузыре, панкреатит, гепатит (вирусный или иной). Вопросник по желудочно-кишечному тракту, печени и гепатиту				17. דרכי העיכול והכבד אולקוס (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד
18. Почки и мочевыводящие пути Камни в почках, почечные инфекции, проблемы мочевыводящих путей, кровь или белок в моче, кистоз почек, дисфункция почек, простата Вопросник по проблемам почек и мочевыводящих путей, простаты и яичек (для мужчин)				18. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים(לגברים)
19. Метаболические и эндокринные заболевания Сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, расстройства надпочечников, почечные кисты, проблемы гипофиза и других желез, повышенное содержание липидов в крови (холестерин, триглицериды). Вопросник по диабету, липидам и щитовидной железе				19. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סוכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריליצרידים). שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן
20. Дерматология и венерология Сифилис, герпес, опухоли на коже, родинки, бородавки и / или бесплодие и / или проблемы фертильности. Вопросник по дерматологии				20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרויון. שאלון בעיות בעור
21. Злокачественные заболевания, злокачественные или предраковые опухоли / полипы Укажите тип и метод лечения: _____ Приложите отчеты гистологии и справки				21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה
22. Инфекционные заболевания, аутоиммунные заболевания, полиомиелит, венерические заболевания и СПИД / ВИЧ. Приложите медицинские справки				22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים
23. Суставы и кости Артрит, ревматизм (Galt), боли в шее или спине, грыжа межпозвоночного диска, вывих плеча, колена, болезни костей. Вопросник по ревматологии и соединительным тканям и вопросник по проблемам спины и позвоночника				23. פרקים ועצמות- דלקת פרקים (ארטרטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה
24. Глаза Катаракта, глаукома, косоглазие, слепота, болезни сетчатки, заболевания роговицы, нарушения зрения, число диоптрий. Вопросник по глазным заболеваниям				24. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים
25. Отоларингология (ухо / горло / нос) Рецидивирующие инфекции горла или уха, синусит, нарушения слуха, синдром апноэ во сне. Вопросник по отоларингологии				25. אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון
26. Грыжа Брюшной стенки, паховая, послеоперационных рубцов, пуповая и солнечного сплетения. Приложите медицинские свидетельства				26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים
27. Только для женщин: Страдаете ли Вы или страдали в прошлом какими-либо женскими болезнями: нарушение менструального цикла, проблемы с фертильностью, кровоточивость и уплотнения в груди, проблемы в матке и яичниках, неудовлетворительные результаты гинекологического обследования (например, PAP)? Вы беременны? Каково число зародышей _____ ? Вы страдали от каких-либо проблем во время предыдущих беременностей или на протяжении текущей беременности? Вы рожали с помощью кесарева сечения? Вопросник для женщин				27. לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דימומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגית (כגון PAP) האם את בהריון? מה מספר העוברים? האם סבלת מבעיות בהריונות או בהריון הנוכחי? האם ילדת בנייתוח קיסרי? שאלון נשים
Подробные сведения по положительным ответам				פירוט ממצאים חיוביים
Подпись	חתימה	Имя и фамилия	שם המועמד לביטוח	תאריך