

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

## 19. שאלון מפרקים

### 1. באיזה איבר קיימת בעיית המפרקים?

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> כתף ימין        | <input type="checkbox"/> כתף שמאל        | <input type="checkbox"/> מרפק ימין     | <input type="checkbox"/> מרפק שמאל     |
| <input type="checkbox"/> שורש כף יד ימין | <input type="checkbox"/> שורש כף יד שמאל | <input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין | <input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל |
| <input type="checkbox"/> קרסול ימין      | <input type="checkbox"/> קרסול שמאל      | <input type="checkbox"/> אחר           |  |

### 2. מה הבעיה במפרקים?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> נקע (בקרסול)  | <input type="checkbox"/> האם הנקע עדיין קיים?   | <input type="checkbox"/> דלקת פרקים ראומטית/שגרונית (ראומטיד ארתריטיס RA)                                       |
| <input type="checkbox"/> האם יותר מנקע בודד (אירועים חוזרים)?                          | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן   | <input type="checkbox"/> האם מטופלת/בטיפול תרופתי קבוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - מועד אירוע אחרון, תאריך..... | <input type="checkbox"/> האם יש קושי בתפקוד היומיומי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> אוסטיאוארטריטיס (מחלת פרקים ניוונית OA)  |

שחיקה

האם קיימת מגבלת תנועה או נכות עקב השחיקה?  לא  כן

מחלה, בעיה או תופעה אחרת במפרקים\*

פריקה

**\*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה במפרקים, הערכה למפרקים הפגועים, התייחסות לתפקוד היומיומי ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:**

האם פרקת את אותו המפרק יותר מפעם אחת?  לא  כן

מה היה גילך במועד הפריקה האחרונה? .....

כמה זמן עבר מהפריקה האחרונה? .....

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

ת.ז של הורה (במקרה של קטין)

שם ההורה (במקרה של קטין)

