

שאלון לפונה לאשפוז במחלקת בדרכי

שם מלא:	
גיל:	
טלפון:	
מייל:	

רגישויות למזון:

האם קיימת אלרגיה למזונות מסוימים? כן / לא

אם כן, לאילו מזונות קיימת אלרגיה? _____

האם קיימת רגישות למזונות מסוימים? כן / לא

אם כן, לאילו מזונות קיימת רגישות ובמה מתבטאת הרגישות?

רישיון קנאביס:

האם ברשותך רישיון לקנאביס? כן / לא

אם כן, אנא שלח/י עותק של הרישיון בתוקף במייל.

כלב שירות:

האם ברשותך אישור לכלב שירות? כן / לא

אם כן, אנא שלח/י אישור כלב שרות ואישור וטרינר על חיסונים במייל.

מעקב פסיכיאטר:

טרם האשפוז עלייך לקבוע מעקב פסיכיאטרי עתידי לאחר תאריך השחרור המתוכנן ממחלקת

בדרכי. אנא מלא/י את פרטי התור:

שם הרופא: _____

תאריך ושעה: _____

שם וכתובת המרפאה: _____

אישור רפואי:

האם צירפת אישור רפואי מרופא/ת המשפחה המטפל/ת?

כן / לא

מדדים:

משקל עדכני: _____

גובה עדכני: _____

האם היה שינוי משקלי בשלושת החודשים האחרונים? _____

קשיים באכילה

האם ישנם קשיים הקשורים לאכילה? כן / לא

אם כן, פרט/י:

באיזה גיל החלו הקשיים? _____

האם ישנם סימפטומים פעילים כיום?

הקאות: כן / לא תדירות: _____ ביום / שבוע

בולמוסים: כן / לא תדירות: _____ ביום / שבוע

צומות: כן / לא תדירות: _____ ביום / שבוע

אחר: _____

תודה רבה על מילוי השאלון!

צוות מחלקת בדרכי