

הצהרת בריאות

שם מלא : _____ ת.ז. : _____
תאריך לידה : _____ תאריך מילוי הטופס : _____

בחתימתי על מסמך זה אני מצהיר/ה כי הנני בריא/ה וכשיר/ה להתאמן באייקידו במסגרת האימונים המועברים ומפוקחים על-ידי ניר יוגב בדוג'ו אייקידו לייף. ידוע לי כי אם ישנה בעיה רפואית כלשהי יש לי החובה לדווח לניר יוגב ובנוסף לתלמידו אשר קולט אותי בדוג'ו על הבעיה, קטנה ככל שתהיה, עוד בטרם עלייתי למזרן האימונים.

כמו כן הריני להצהיר כדלקמן :

1. האם יש לך כעת כאבים כלשהם? כן/לא. פרט/י _____
2. האם הינך נוטל/ת תרופות באופן קבוע? כן/לא. פרט/י _____
3. האם את/ה סובל/ת / סבלת מכאבים בחזה/ דפיקות לב חזקות / הפרעות קצב / מחלות לב / לחץ דם גבוה / בעיה כלשהי במערכת הדם? כן/לא. פרט/י _____
4. האם את/ה סובל/ת מסחרחורות / כאבי ראש / התעלפויות / מיגרנות? כן/לא. פרט/י _____
5. האם קיימות מחלות משפחתיות? כן/לא. פרט/י _____
6. האם קיימת בעיה בשלד / שרירים / גידים / רצועות? כן/לא. פרט/י _____
7. האם יש / היו לך שברים / נקעים חוזרים / פריקות כתף / בעיות ברכיים / צוואר תפוס / כאבי גב? כן/לא. פרט/י _____
8. האם הינך סובל/ת מדלקות במפרקים / בגידים? כן/לא. פרט/י _____
9. האם יש לך ציפורן חודרנית? כן/לא. פרט/י _____
10. האם קיימת פריצת דיסק / בלט דיסק? כן/לא. פרט/י _____
11. האם עברת ניתוח / אושפזת בחמש השנים האחרונות? כן/לא. פרט/י _____
12. האם הינך סובל ממחלה כרונית? כן/לא. פרט/י _____
13. האם יש לך בעיות שיניים (כתרים/שתלים/אחר) שעלולות להוות רגישות במהלך האימונים?
כן/לא. פרט/י _____
14. האם קיימת בעיה שלא נשאלת עליה וברצונך להוסיף? כן/לא. פרט/י _____

לנשים :

1. האם את בהריון? כן / לא
2. האם את עוברת טיפולי הפריה? כן / לא

חתימה _____