

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הרצל חברה לביטוח בע"מ - ממוזגן של שלוח וסרה"ציון

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



[1]

שאלון
עיניים

1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?

- קטרקט
- גלאוקומה (לחץ תוך עיני)
- היפרדות רשתית
- קרטוקונוס
- אסטגמטיזם
- ניתוח לייזר לתיקון הראייה
- עיוורון, האם הבעיה מולדת?

2. האם אתה מרכיב משקפיים? לא כן, פרט -

מספרי העדשות

3. תופעה אחרת? לא כן, פרט -

וצרף מכתב עדכני מרופא העיניים המטפל.

לא, נא צרף מכתב עדכני מרופא העיניים המטפל.

כן, האם בשתי העיניים? לא כן

פזילה, האם עברת ניתוח לא כן בתאריך _____

תאריך

שם המבוטח

מספר זהות

חתימת המבוטח

[2]

שאלון
אף אוזן גרון

1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?

- שקדים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____
- שקד שלישי, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____
- יבלות במיתרי הקול
- פוליפים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____
- בעיית נחירות
- תסמונת דום נשימה בשינה, אם כן - נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
- סינוסיטיס, רשום: ההתקף האחרון היה בתאריך - _____
- כמה התקפים היו ב-5 השנים האחרונות _____
- ניתוח מחיצת האף
- כפתורים באוזניים, אם עברת ניתוח, רשום מתי - _____
- דלקות אוזניים חוזרות, מתי היה אירוע אחרון של התופעה? _____
- ליקוי שמיעה כתוצאה מ-: מום מולד טנטון פציעה גיל ורטיגו

2. תופעה אחרת/ניתוח אחר?

לא כן, פרט -

וצרף מכתב עדכני מרופא אף-אוזן-גרון המטפל

תאריך

שם המבוטח

מספר זהות

חתימת המבוטח

[3]

שאלון
אסטמה
(ברונית)
כרונית
וראות

1. האם אתה סובל מאסטמה? לא כן
 2. האם קיימת אמפיזמה? לא כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
 3. האם תפקודי הריאות תקינים? כן לא, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.
 4. האם מקבל טיפול? קבוע רק בזמן התקף
 5. רשום מתי אירע ההתקף האחרון _____
 6. מתי התגלתה הבעיה? _____
 7. האם אתה סובל/סבלת ממחלת ריאות אחרת? לא כן, פרט - _____
- וצרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות.

תאריך

שם המבוטח

מספר זהות

חתימת המבוטח

[4]

שאלון
לב

1. מהי המחלה/הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?
 - התקף לב, רשום מתי אירע ההתקף האחרון _____
 - אם היה התקף בשנה האחרונה, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג.
 - מחלת לב איסכמית
 - אנגינה פקטוריס
 - פלפיטציות
 - פרפור פרוזדורים/הפרעות קצב
 - מחלות מסתמים: מיטראלי פולמונורי (ריאתי)
 - אורטלי יותר ממסתם אחד

מומי לב מולדים, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ואקו לב.

קרדיומיופתיה - נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ותוצאות בדיקות קרדיולוגיות.

צנתור צנתור עם בלון צנתור עם בלון וסטנט

אי-ספיקת לב

מחלת/בעיית לב אחרת, פרט - _____

נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג.

2. מתי התגלתה הבעיה? _____

תאריך

שם המבוטח

מספר זהות

חתימת המבוטח



הראל
חברה לביטוח

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממיזוג של שלוח וסהר"ציון

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



2420

| | |
|--|---|
| <p>1. רשום ערך עדכני (לאחר הטיפול) _____</p> <p>2. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>3. מתי התגלתה הבעיה _____</p> <p>אם אינך מטופל תרופתית ו/או אתה צעיר מגיל 30, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> | <p>[5]</p> <p>שאלון יתר לחץ דם</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>1. <input type="radio"/> כולסטרול - רשום ערך עדכני - _____</p> <p>2. <input type="radio"/> טריגליצרידים - רשום ערך עדכני - _____</p> <p>3. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>4. מתי התגלתה הבעיה _____</p> | <p>[6]</p> <p>שאלון כולסטרול טריגלי-צרידים</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> דליות (בוורדי הרגליים) <input type="radio"/> קרוטיס (בעורקי הצוואר) <input type="radio"/> DVT (פקקת/טרומבозה), נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>2. בעייה אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>אם אתה סובל/סבלת מיותר מתופעה אחת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> | <p>[7]</p> <p>שאלון מחלת כלי-דם</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|--|------------------------------------|
| <p>1. מתי נתגלתה המחלה? _____</p> <p>2. האם המחלה פעילה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. האם קיימת פגיעה באיבר כלשהו עקב המחלה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>4. האם אתה מטופל? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>כן, האם היו לך התקפים ב-3 השנים האחרונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> | <p>[8]</p> <p>שאלון FMF</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="radio"/> אולקוס (כיב) בקיבה <input type="radio"/> אולקוס (כיב) בתרסריון <input type="radio"/> גסטריטיס <input type="radio"/> רפלקס בדרכי העיכול <input type="radio"/> אבנים בדרכי/כיס המרה, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, האם הוצא כיס המרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> קרין <input type="radio"/> קוליטיס <input type="radio"/> אחר</p> <p>2. מתי היה האירוע האחרון של התופעה? _____</p> <p>3. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>סוג הניתוח _____ בתאריך _____</p> <p>4. האם אתה מטופל תרופתית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>האם ב- <input type="radio"/> קורטיזון <input type="radio"/> אחר, נא רשום - _____</p> | <p>[9]</p> <p>שאלון מערכת העיכול</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>1. מהו סוג הצהבת שאתה סובל/סבלת ממנה, או האם אתה נשא של הנגיף? <input type="radio"/> צהבת A <input type="radio"/> צהבת B <input type="radio"/> צהבת C <input type="radio"/> צהבת ילודים, האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות מעודכנות של בדיקות תפקודי כבד.</p> <p>2. מחלת כבד אחרת, פרט - _____ צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> <p>3. מתי התגלתה המחלה? _____</p> <p>4. האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> | <p>[10]</p> <p>שאלון צהבת וכבד</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

< 2 > שאלונים: לחץ דם / כולסטרול-טריגליצרידים / כלי-דם / FMF / מערכת העיכול / צהבת וכבד

טופס 1505
4630002 5002/6
ת.ר. 2 ת.ס. 2

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הרצל חברה לביטוח בע"מ - ממוזג של שלוח וסהר"ציון

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



[11]

שאלון
בלוטת המגן
(תריס)

1. האם אתה סובל/סבלת מגידול?

כן, הגידול היה שפיר ממאיר, אם הגידול ממאיר, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות בדיקה פתולוגית.

האם עברת ניתוח? לא כן, בתאריך _____

לא, האם אתה סובל/סבלת מ: תת פעילות ציסטה יתר פעילות השימוטו גויטר (זפק) תופעה אחרת

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[12]

שאלון
סוכרת

1. האם אתה מטופל באינסולין? לא כן, אם כן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בו יפורט האם קיימת פגיעה באברי מטרה.

2. האם מחלת הסוכרת מטופלת? כן, פרט -

א. מה רמת הסוכר? _____ אם יותר מ-150, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.

ב. כיצד אתה מטופל? בתרופות בדיאטה

ג. מתי נתגלתה המחלה _____

לא, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[13]

שאלון
כליות
ודרכי השתן

1. מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?

דלקות חוזרות בדרכי השתן, רשום את מספר ההתקפים _____ ומתי היה האירוע האחרון _____

רפלקס דרכי השתן

אי-ספיקת כליות

תסמונת נפרוטית - נא צרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל.

ציסטות בכליות - נא צרף תוצאות בדיקת תפקודי כליות, ומכתב עדכני מנפרולוג מטפל.

אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן. סוג הטיפול: _____

לא טופל

טיפול תרופתי מתאריך _____

האם עדיין נוטל תרופות? לא כן

ניתוח מתאריך _____

ריסוק בלייזר מתאריך _____

האם על-פי הבדיקות האחרונות, הבעיה עדיין קיימת? לא כן

2. אם לך כליה אחת?

א. סמן הסיבה:

מולד

ניתוח תרומה, רשום מתי עברת הניתוח _____

ניתוח אחר, נא צרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל ותוצאות תפקודי כליה.

ב. האם תפקודי הכליות תקינים? לא כן

אחר, פרט - _____

וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[14]

שאלון
בלוטת
הערמונית

1. האם עברת ניתוח? לא כן, בתאריך _____

2. רשום מתי נתגלתה המחלה? _____

3. האם אתה סובל/סבלת מגידול? לא כן

4. האם אתה סובל/סבלת מבלוטה מוגדלת? לא כן

אם עברו פחות משנתיים מאז שעברת את הניתוח - נא לצרף מכתב עדכני מהאורולוג המטפל ותוצאות בדיקה פתולוגית.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[15]

שאלון
נשים

1. מהי התופעה ממנה את סובלת/סבלת?

ציסטות/גידול שפיר בשדיים

ציסטות/גידול שפיר בשחלות

ציסטות/גידול שפיר ברחם

מיומה ברחם

מחלת צוואר הרחם

תופעה גינקולוגית אחרת, פרטי

2. האם עברת כריתת רחם? לא כן, רשמי מתי _____ וסמני הסיבה:

סרטן רחם צניחת רחם מיומה ברחם דימום ברחם ציסטה ברחם

סיבה אחרת, פרטי - _____

3. האם עברת ניתוח כריתת חצוצרות? לא כן, סמני הסיבה:

היריון מחוץ לרחם ציסטה/גידול שפיר בחצוצרה

סיבה אחרת, פרטי - _____

וצרפי מכתב עדכני מהגינקולוג המטפל, תוצאות בדיקות רפואיות (כולל בדיקה פתולוגית) וסיכומי מחלה/ניתוח.

4. האם עברת ניתוח כריתת שחלה? לא כן, סמני הסיבה:

כריתת שחלה אחת כריתת שתי שחלות, עקב: סרטן ציסטה/גידול שפיר

סיבה אחרת, פרטי - _____

וצרפי מכתב עדכני מהגינקולוג המטפל, תוצאות בדיקות רפואיות (כולל בדיקה פתולוגית) וסיכומי מחלה/ניתוח.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממוזג של שלוח וסרה"ציון

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



| | |
|--|--|
| <p>1. אם הגידול ממאיר רשום סוג? <input type="radio"/> BCC אחר, פרט - <input type="radio"/></p> <p>וצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות בדיקה פתולוגית.</p> <p>2. אם הגידול שפיר: א. מתי נתגלה הגידול? _____</p> <p>ב. רשום כמה גידולים היו? _____</p> <p>ג. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____</p> <p>אם עברו פחות משנתיים מעת גילוי הגידול - נא לצרף מכתב עדכני מרופא העור המטפל ותוצאות בדיקה פתולוגית.</p> | <p>[16]</p> <p>שאלון גידולי עור</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>האם אתה מקבל טיפול? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, ב- <input type="radio"/> תזונה מיוחדת <input type="radio"/> ויטמינים <input type="radio"/></p> <p>תרופות, האם סבלת משברים ב-3 שנים האחרונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא למלא שאלון שברים מספר [18].</p> <p>אישה מתחת לגיל 40 או גבר - נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.</p> | <p>[17]</p> <p>שאלון אוסטאוו-פרוזיס</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>1. באיזה איבר היה השבר? <input type="radio"/> גולגולת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל. <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> כתף ימין <input type="radio"/> כתף שמאל <input type="radio"/> שתי הכתפיים <input type="radio"/> צלע/ות <input type="radio"/> כף יד ימין <input type="radio"/> כף יד שמאל <input type="radio"/> שורש כף יד ימין <input type="radio"/> שורש כף יד שמאל <input type="radio"/> מרפק ימין <input type="radio"/> מרפק שמאל <input type="radio"/> יד ימין <input type="radio"/> יד שמאל <input type="radio"/> אצבעות ידיים <input type="radio"/> בהונות רגליים</p> <p>2. מתי אירע השבר? _____</p> <p>3. האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט - _____</p> <p>סוג הניתוח _____</p> <p>בתאריך _____</p> <p>4. מה המצב היום? <input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> קיימת מגבלה בתנועה <input type="radio"/> קיימת נכות, רשום % הנכות _____</p> <p>5. תופעה אחרת, פרט - _____</p> | <p>[18]</p> <p>שאלון שברים (בעצמות ומפרקים)</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>1. באיזה איבר הבעיה: <input type="radio"/> כתף ימין <input type="radio"/> כתף שמאל <input type="radio"/> מרפק ימין <input type="radio"/> מרפק שמאל <input type="radio"/> שורש כף יד ימין <input type="radio"/> שורש כף יד שמאל <input type="radio"/> מפרק ירך ימין <input type="radio"/> מפרק ירך שמאל <input type="radio"/> קרסול ימין <input type="radio"/> קרסול שמאל</p> <p>2. האם הבעיה במפרק היא? <input type="radio"/> שחיקה <input type="radio"/> פריקה, כמה זמן עבר מהפריקה _____ והאם המצב תקין <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ניתוח, כמה זמן עבר מהניתוח _____ והאם המצב תקין <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> | <p>[19]</p> <p>שאלון בעיות מפרקים</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>1. באיזה ברך הבעיה: <input type="radio"/> ברך ימין <input type="radio"/> ברך שמאל <input type="radio"/> שתי הברכיים</p> <p>2. האם נותחת או עברת ארטרוסקופיה בברך? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>3. האם אתה סובל מכאבים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>4. האם קיימת מגבלה בתנועה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p> <p>5. מתי החלה הבעיה? _____</p> | <p>[20]</p> <p>שאלון ברכיים</p> |
| <p>תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____</p> | |

שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

ביטוח בריאות

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממוזג של שלוח וסהר"ציון

שם הסוכן

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים



[21]

שאלון
גב -
עמוד
שדרה

מהי הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?

- בלט או פריצת דיסק באזור: צווארי גבי מותני תחתון,
האם קיימת מגבלת תנועה או נכות לא כן
 עקמת, האם קיימת הגבלת תנועה? לא כן

אחר, פרט - _____

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[22]

שאלון
אפילפסיה

1. האם אתה מטופל תרופתית? לא כן

2. האם בחצי השנה האחרונה היו לך התקפים? לא כן, כמה התקפים בחודש _____

3. רשום מתי היה ההתקף האחרון? _____

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[23]

שאלון
אשפוזים

1. האם האשפוז קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות? לא כן, נא למלא שאלון מתאים.

2. מהי סיבת האשפוז? לידה אפנדיציט חום דלקת גרון דלקת ריאות דלקת בדרכי השתן

דלקת אוזניים גסטריטיס/שלשול/דיזנטריה דלקת בדרכי הנשימה אחרת, נא לצרף מכתב

סיכום אשפוז.

רשום מתי אושפזת? _____ מספר ימי האשפוז? _____

רשום מתי אושפזת? _____ מספר ימי האשפוז? _____

3. האם אושפזת יותר מפעם אחת בגלל אותה סיבה? לא כן, אם כן, נא צרף מכתב עדכני מן הרופא המטפל.

4. האם הבעיה עדיין קיימת? לא כן, אם כן - נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[24]

שאלון
תאונות/
נכות

1. רשום את סוג התאונה? דרכים עבודה צבא אחר, פרט - _____

2. תאריך התאונה? _____

3. האם הייתה פגיעה באיבר כלשהו? לא כן, נא סמן את האיברים שנפגעו:

גולגולת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל.

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> אף | <input type="radio"/> שורש כף יד ימין | <input type="radio"/> בהונות רגליים | <input type="radio"/> ברך ימין |
| <input type="radio"/> כתף ימין | <input type="radio"/> שורש כף יד שמאל | <input type="radio"/> חוליות עמוד שדרה גבי | <input type="radio"/> ברך שמאל |
| <input type="radio"/> כתף שמאל | <input type="radio"/> מרפק ימין | <input type="radio"/> חוליות עמוד שדרה מותני | <input type="radio"/> שתי הברכיים |
| <input type="radio"/> שתי הכתפיים | <input type="radio"/> מרפק שמאל | <input type="radio"/> חוליות עמוד שדרה צווארי | <input type="radio"/> קרסול ימין |
| <input type="radio"/> צלעות | <input type="radio"/> יד ימין | <input type="radio"/> אגן ירכיים | <input type="radio"/> קרסול שמאל |
| <input type="radio"/> כף יד ימין | <input type="radio"/> יד שמאל | <input type="radio"/> מפרק ירך ימין | <input type="radio"/> רגל ימין |
| <input type="radio"/> כף יד שמאל | <input type="radio"/> אצבעות ידיים | <input type="radio"/> מפרק ירך שמאל | <input type="radio"/> רגל שמאל |
| | | | <input type="radio"/> אחר |

מה המצב כיום? תקין קיימת מגבלה, נכות, אחוז הנכות הוא _____

4. האם הוגשה תביעה לנכות? לא כן

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

[25]

שאלון
הפרעת
נפש/
מחלת
נפש

1. האם אובחנת כסובל מאחת מן המחלות שלהלן? ששעת (סקיזופרניה) מחלה אפקטיבית ביפולרית (מנייה דיפרסיה)

מחלה אפקטיבית אוניפולרית (דיכאון) מחלת נפש אחרת, פרט _____

2. האם אתה מטופל תרופתית? לא כן, רשום את סוג התרופה/ות באותיות לועזיות _____

3. האם אושפזת במחלקה או בבית-חולים פסיכיאטרי במהלך הטיפול במחלתך? לא כן, כמה פעמים אושפזת? _____

נא רשום את תאריך האשפוז האחרון _____

4. מתי הייתה הפעם האחרונה שסבלת מן המחלה? (רשום תאריך) _____

5. האם היו ניסיונות התאבדות? לא כן

נא צרף מכתב עדכני מפסיכיאטר, הכולל: אבחנה רפואית למחלת הנפש, דרגת חומרת המחלה, מספר התקפים שהיו, תאריך התקף אחרון, כיצד מטופל באופן קבוע, מה מימן התרופה/ות, הערכה פסיכיאטרית המתייחסת למצב הקוגניטיבי, הנפשי, התפקודי ומה הפרוגנוזה והסיכוי להישנות המחלה.

תאריך _____ שם המבוטח _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____