



טופס רישום בוגרים מחנה אביב 2019

בס"ד

חובה למלא את כל הפרטים!

(אותיות לטיניות נא לרשום באותיות גדולות)

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תאריך לידה: _____ / _____ / _____ מין: ז / נ.
 תעודת זהות: _____ טל בית: _____ - _____ פקס: _____
 נייד מטופל/ת: _____ דואר אלקטרוני: _____
 רחוב: _____ מס': _____ כניסה: _____ קומה: _____ דירה: _____
 שכונה: _____ עיר: _____ מיקוד: _____ ת.ד.: _____
 שם האב _____ מקום עבודה _____ טל' בעבודה _____ נייד: _____ / _____
 שם האם _____ מקום עבודה _____ טל' בעבודה _____ נייד: _____ / _____

מידע על מצב בריאותי:

מטופל בבית"ח _____ שם הרופא המטפל _____ טל' _____ קופ"ח _____
 אבחנה _____ בתאריך _____ מיקום הגידול _____
 היקמן/פיק ליינ/ פורטקט כן / לא זקוק לטיפה כן / לא
 מטופל בטיפול אקטיבי בכימותרפיה כן / לא עד תאריך: _____ / _____ / _____
 מטופל בטיפול ביולוגי כן / לא עד תאריך: _____ / _____ / _____ שם התרופה: _____
 טיפול אחזקתי כן / לא עד תאריך: _____ / _____ / _____
 מטופל בהקרנות כן / לא בתאריך: _____ / _____ / _____
 השתלת מח עצם כן / לא השתחרר בתאריך _____ / _____ / _____
 הגבלות בתנועה: כסא גלגלים כן / לא קביים כן / לא אחר _____
 הגבלות אוכל ושתייה _____ בעיות בשינה _____
 בעיות נפשיות _____ הגבלות אחרות _____
 זקוק לטיפולים/בדיקות בזמן המחנה כן / לא: פרט _____

זקוק/ה לתרופות במהלך ימי המחנה. כן / לא (הקף בעיגול)

שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____
שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____
שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____

חלה בעבר באבעבועות רוח כן / לא. קיבל חיסון לאבעבועות רוח כן / לא.

סיום טיפולים אקטיביים בתאריך _____ / _____ / _____ סיום טיפול אחזקתי בתאריך _____ / _____ / _____

מידת חולצה (גודל) _____ ברשותי חולצה של "זכרון מנחם" (ירוק) כן / לא כמות _____ סוצ'ר כן / לא

לאחר המחנה ישלח אליכם סרט המתעד את המחנה. אנו מאשרים שימוש בתצלומים וסרטים של הילד לצרכי הסברה.

אישור מהרופא מצ"ב. ישלח בתאריך _____ / _____ / _____ שם עו"ס _____ טל' _____

אני מצהיר בזאת כי ידוע לי כי מצבי הרפואי חריג. הריני מאשר ומביע בזאת את רצוני והסכמתי להשתתפות במחנה זה. בחתימתי אני גם מאשר כי יידעתי אתכם במצבי הרפואי המעודכן וכן אני נוסע בידיעת הרפוא המטפל ובאישורו וע"כ חלה סודיות רפואית. אני מאשר לכם או לב"כ לתת לי טיפול רפואי נדרש לפי שיקול דעת של הצוות הרפואי הנלווה אל המחנה, ומקבל על עצמי אחריות שילוחית וכספית לכל טיפול שידרש, אני מאשר להעביר פרטים רפואיים שלי לצוותים רפואיים שיצטרפו לטפל בי.

תאריך: _____ חתימה: _____

גם אנו מאשרים האמור במסמך זה שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

את הטופס המלא ניתן לשלוח לפקס: 073-331-8059

או צילום ברור וקריא למייל: CAMP@ZICHRON.ORG וואפ: 058-634-5584