

אישור רפואי עבור

פעילות גופנית והידרותרפיה בבריכת שחייה טיפולית

הריני מאשר/ת בזאת כי _____ ת.ז. _____

תאריך לידה _____ נבדק/ה על ידי בתאריך _____

על פי הבדיקה נמצא כי:

סובל ממחלות לב	כן / לא
בעיות לחץ דם גבוה/נמוך	כן / לא
התכווצויות	כן / לא
בעיות נשימה / אסטמה/ ברונכיטיס	כן / לא
שברים/פריקות מפרקים	כן / לא
אפילפסיה	כן / לא
שליטה בסוגרים	כן / לא
בעיות גב	כן / לא
סוכרת	כן / לא
ורידים/דליות	כן / לא
בלוטת התריס	כן / לא
מחלות עור כלשהן	כן / לא

האם המטופל/ת סובל/ת ממחלות אחרות: _____

האם המטופל/ת לוקח/ת תרופות אחרות באופן קבוע: _____

האם למטופל/ת מותר לעסוק בפעילות גופנית בבריכת הטיפוליית כן / לא

האם למטופל/ת מותר לקבל טיפולי הידרותרפיה בטמפרטורה של בין 32 – 34 מעלות כן / לא

שם הרופא/ה _____ חתימה _____ תאריך בדיקה _____