

הצהרת בריאות

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____
 מין ז/נ _____ תאריך לידה _____
 כתובת _____ טלפון בבית _____ נייד _____
 עיסוק נוכחי _____ עיסוק קודם _____
 מצב משפחתי _____ האם יש צורך במלווה כן / לא
ניידות: עצמאי / כסא גלגלים / קביים / הליכון / סדיים

אבחנה רפואית

הצהרת בריאות של המטופל/ת

הנני מצהיר/ה כי מצבי הבריאותי הינו כפי שדיווחתי ומאפשר לי להיכנס לבריכה טיפולית מחוממת בטמפרטורה שבין 33–35 מעלות ולבצע אימון גופני.
 אני מתחייב/ת כי במידה ויחול שינוי במצבי הבריאותי, אדווח על כך לאחראי/ת המקצועי ולצוות המטפל ויהיה עלי להמציא אישור רופא/ה, המאפשר לי להמשיך ולעסוק בפעילות בבריכת השחייה הטיפולית.

- במידה ומדובר בקטין/ה או חוסה יחתום אחד ההורים או האפוטרופוס על הצהרה זו !

שם המטופל/ת _____ שם החותם/ת _____ תפקיד _____
 חתימה _____
 תאריך _____