



טופס רישום ימי כיף אביב 2021

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 ילד/ה: _____ 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 ושתיה _____ בעיות בשינה _____
בעיות נפשיות _____ הגבלות אחרות _____

זקוק לטיפולים/בדיקות בזמן ימי הכיף כן / לא: פרט _____

זקוק/ה לתרופות במהלך ימי הכיף. 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 כימותרפי אחזקתי בתאריך _____ / _____ / _____

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

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

שם עו"ס _____ טל' _____

ידוע לנו כי מדובר בילד עם רקע רפואי חריג, ובזאת הננו מאשרים את הסכמתנו להשתתפות בנו/בתנו בימי הכיף. אין לנו ולא תהיינה לנו כל תביעות בגין כל נזק העלול להגרם לבנו/בתנו בזמן השעות בימי הכיף. בחתימתנו אנו גם מאשרים כי יידענו אתכם במצבו הרפואי המעודכן וכי הילד נוסע בידיעת הרופא המטפל ובאישורו וע"כ חלה סודיות רפואית. אנו מאשרים לכם או לב"כ לתת טיפול רפואי נדרש לפי שיקול דעת של הצוות הרפואי הנלווה לימי הכיף ומקבלים על עצמנו אחריות שלוחית וכספית לכל טיפול שידרש, אנו מאשרים להעביר פרטים של צוותים הרפואיים שיצטרפו לטפל בו.

חתימת הורים _____

תאריך _____

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

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