



טופס רישום מחנה חורף אילת 2022 בוגרים

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: _____ 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 בביה"ח _____ שם הרופא המטפל _____ טל' _____ קופ"ח _____
אבחנה _____ בתאריך _____ מיקום הגידול _____
היקמן/פיק ליינן/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 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.

בחתמתי 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: _____ תאריך: _____ חתימת הורים: _____

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

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