



# טופס רישום מחנה חורף דובאי 2024

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 \_\_\_\_\_  
היקמון/פיק ליין/ 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  כימותרפיה  ביולוגי  אנטיביוטיקה  
מטופל בהקרנות כן / לא בתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
השתלת מוח 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' \_\_\_\_\_

ידוע לנו כי מדובר בילד עם רקע רפואי חריג, ובזאת הננו מאשרים את הסכמתנו להשתתפות בנו/בתנו במחנה. אין לנו ולא תהיינה לנו כל תביעות בגין כל נזק העלול להגרם לבנו/בתנו בזמן שהותו במחנה. 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 למחנה ומקבלים על עצמנו אחריות שלוחית וכספית לכל טיפול שידרש, אנו מאשרים להעביר פרטים שלו לצוותים הרפואיים שיצטרפו לטפל בו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הורים \_\_\_\_\_

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

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