



## אישור רפואי

### עבור פעילות גופנית והידרותרפיה בבריכת שחיה טיפולית

הריני מאשר בזאת כי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ נבדקה על ידי בתאריך \_\_\_\_\_

על פי הבדיקה נמצא כי:

סובל ממחלות לב \_\_\_\_\_ כן / לא

בעיות נשימה / אסטמה / ברונכיטיס \_\_\_\_\_ כן / לא

אפילפסיה \_\_\_\_\_ כן / לא

שליטה בסוגרים \_\_\_\_\_ כן / לא

מחלות עור כלשהן \_\_\_\_\_ כן / לא

האם המטופל סובל ממחלות אחרות: \_\_\_\_\_

האם המטופל לוקח תרופות אחרות באופן קבוע: \_\_\_\_\_

האם למטופל מותר לעסוק בפעילות גופנית בבריכת הטיפולית \_\_\_\_\_ כן / לא

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

שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך בדיקה \_\_\_\_\_