



איגוד הכדורסל בישראל
ISRAEL BASKETBALL ASSOCIATION

לתשומת לב!!

נא לצרף העתק מצולם לטופס המקור

טופס בדיקה רפואית

הצהרה

לעונת 2014-2015

מספר קבוצה

הצהרת השחקן

חלק א'

אני הח"מ, _____ (שם מלא) ת.ז. _____, תאריך לידה _____, מקבוצת _____ מצהיר בזאת כי:

- בשנה האחרונה ממועד האחרון לבדיקתי, לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי, אשר עלול למנוע ממני אפשרות להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
- לצורך חיידוש פעילותי בעונה הר"מ בבדיקתי ע"י ד"ר, _____ אשר אישר בפני, כי הנני כשיר להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
- ידוע והוסבר לי, כי נכונות הצהרה זו הינה תנאי לרשומי/חיידוש רשומי באיגוד להוצאת כרטיס ליגה עבורי ולהשתתפותי במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
- אם יווכח כי הצהרתי הנ"ל כוזבת, יבוטל רשומי באיגוד ואהיה צפוי להעמדה לדין משמעתי.
- ידוע לי, כי הצהרתי זו על אחריותי הבלעדית, וכי איגוד הכדורסל בישראל ו/או מי מטעמו אינו ולא יהיה אחראי בכל צורה שהיא, בין במישרן ובין בעקיפין, בכל מקרה של פציעה ו/או מחלה ו/או חו"ח פטירה במהלך המשחקים ו/או האימונים.
- חתימתי על הצהרה זו, מהווה גם כתב ויתור על סודיות רפואית לטובת איגוד הכדורסל בישראל לגבי כל גוף ו/או מוסד רפואי ו/או שלטונות צה"ל ו/או כל גוף שלטוני, הנני משחררם מחובת שמירה של סודיות רפואית לגבי מצבי הבריאותי ולא תהיינה לי כלפיהם כל טענה ו/או תלונה בגין מסירת מידע ו/או מסמכים לגבי מצבי הבריאותי.
- בחתימתי זו, הנני מסכים/מה בזאת, כי שמי, תאריך הלידה, מס' תעודת הזהות שלי ותמונתי, יפורסמו בפרסומי הליגות לרבות באתר האינטרנט של איגוד הכדורסל (במידה והינך לא מסכים/מה, יש למחוק את הסעיף או את המיותר). כמו כן, הנני מסכים/מה בזאת וידוע לי כי פרטיי הנ"ל ימסח לגופים שיווקיים עמם יתקשר האיגוד, לרבות מועדוני צרכנות). (במידה והינך לא מסכים/מה, יש למחוק את הסעיף או את המיותר).

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת השחקן _____

חלק ב' (מולא במקרה השחקן קטין)

חתימת הורה ו/או אפוטרפוס במקרה ומדובר בקטין

תאריך _____ שם ההורה/אפוטרפוס _____ ת.ז. של ההורה/אפוטרפוס _____ חתימת ההורה/אפוטרפוס _____

חלק ג' הצהרת הקבוצה

אנו הח"מ המורשים לחתום בשם קבוצת _____ (שם הקבוצה) מצהירים ומאשרים בה כז:

- השחקן _____ (שם השחקן) נבדק ע"י ד"ר _____ מטעמה של הקבוצה ועבר את כל הבדיקות הרפואיות כמתחייב עפ"י חוק הספורט התשמ"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז 1997 - ועפ"י תקנון איגוד הכדורסל בישראל.
- השחקן נמצא כשיר לשחק כדורסל בעונת המשחקים _____
- האישורים והמסמכים הרפואיים המוגעים לבדיקות הרפואיות של השחקן נמצאים בחזקתה של הקבוצה ובמשמרתה.
- כללי הסודיות הרפואיות חלים עלינו בכל הקשור לתכנם של המסמכים רפואיים אלה.
- אנו מאשרים כי אם יווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם לאיגוד הכדורסל הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את האיגוד במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לו וזאת מיד עם דרשתו הראשונה של האיגוד.
- ידוע לנו כי אם יווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת, יבוטל רשומי של השחקן באיגוד והקבוצה והח"מ יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.

חתימת ב"כ הקבוצה _____

חותמת הקבוצה _____

תאריך _____
שם החותם _____

חלק ד' אישור חפא

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר כי ביום _____ בדקתי את השחקן _____ מקבוצת _____ כמתחייב מהוראת חוק הספורט התשמ"ח 1988 - ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 וכי מצאתי כשיר ללא הגבלה לפעילות כשחקן לעונת המשחקים _____

תאריך _____ שם החפא _____ מספר תש"ן _____ חתימה _____ חותמת _____

העתיקים:

- לאיגוד
- לקבוצה (לאחר אישור הבדיקה באיגוד עם חותמת האיגוד)

A-8

ת.ז. שם משפחה _____ שם פרטי _____ גיל _____ מין ז/ג
 כתובת _____ טלפון _____ קופת חולים _____
 גורם מפנה / קבוצה _____ ענף הספורט _____ גובה (ס"מ) _____ משקל (ק"ג) _____

שאלות

1. האם נמצאו ליקויים בבדיקת ספורטאים קודמת? כן / לא
2. האם עברת ברור רפואי או אושפזת אי פעם? כן / לא
3. האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: אסטמה/ברונכיטיס אפילפסיה/מונוקלאוזיס(מחלת נשיקה)/צהבת/שחפת/סכרת כאבי ראש תכופים/פגיעות עיניים/כיב קיבה או מחלה אחרת? כן / לא
4. האם עברת ניתוח? כן / לא
5. האם אתה נוטל תרופות עכשיו באופן קבוע? כן / לא
6. האם אירע לך אובדן הכרה או התעלפת בזמן מאמץ או אחריו? כן / לא
7. האם סבלת כאבים או לחץ בחזה בזמן מאמץ? כן / לא
8. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? כן / לא
9. האם אתה מתעייף יותר מחברך לפעילות בזמן מאמץ? כן / לא
10. האם אתה סובל מיתר לחץ דם? כן / לא
11. האם דווח לך אי-פעם על מחלה, מום, אוושה או רשרוש בלבך? כן / לא
12. האם הרגשת דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלבך? כן / לא
13. האם מישחו במשפחתך נפטר מבעיות לב לפני גיל 40? כן / לא
14. האם התרחש במשפחתך מקרה מוות פתאומי לפני גיל 40? כן / לא
15. האם היה לך אי פעם זעזוע מוח או פגיעת ראש אחרת? כן / לא
16. האם סבלת אי פעם מנפחות קיצוניות? כן / לא
17. האם נפצעת אי פעם(נקע/פריקה/ שבר) באחד או יותר מן הבאים: יד/כףיד/מרפק/זרוע/כתף/צוואר/גב/מותן/ירך/ברך/שוק/קידמת הרגל/כף הרגל קרסול כן / לא
18. האם סבלת מבעיות עור: גירוד, נקודת חן או עור שסוע? כן / לא
19. עישון (כיום או בעבר)? כן / לא
20. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חוס? כן / לא
21. האם אבדת אי פעם הכרה בחוס? כן / לא
22. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? כן / לא
23. האם יש לך רגישות יתר(אלרגיה) לתרופות, דבורים וכו'? כן / לא
24. מתי לאחרונה קבלת חיסון נגד צפדת(טטנוס)? _____
25. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? _____
26. מתי הופיע המחזור האחרון? _____
27. האם המחזור מופיע באורח סדיר? כן / לא
28. הערות: במידה ואחת התשובות הינה "כן" נא לפרט: _____

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי. ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה, אסורים ועלולים לגרום לי נזק רפואי. ידוע לי כי תוקף האישור לפעילות גופנית הינו לשנה אחת בלבד. כמו כן, אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית ומאשר/ת למסור דו"ח על תוצאות הבדיקות הרפואיות לארגון הספורט שבו אני חבר. הריני נותן הסכמתי לבדיקת בני/בתי על פי חוק הספורט ע"י מכון שש העיר המאושר ע"י משרד הבריאות. לניבדקי ארגומטריה - הגני מצהיר/ה שהוסברה לי מהות בדיקת ארגומטריה וסיכונים שבבדיקה.

חתימת הנבדק _____ שם מלא + מסי.ת.ז. של ההורה לנבדק מתחת לגיל 18 _____ חתימת ההורה לנבדק מתחת לגיל 18 _____

טופס בדיקה גופנית לספורטאי

נספח 2

- לחץ דם במנוחה _____ דופק במנוחה _____ א.ק.ג. תקין / לא תקין _____
1. ראש: עיניים: _____ תקין / לא תקין
 2. צוואר: בלוטת התריס: _____ תקין / לא תקין
 3. בטן: כבד וטחול: _____ תקין / לא תקין
 4. לב: _____ תקין / לא תקין
 5. דפקים פריפריים: _____ תקין / לא תקין
 6. בדיקת עצמות ושרירים: _____ תקין / לא תקין
 7. מיפרקים: (תנועה, סימטריות, רפיון, יציבות ברכיים) _____ תקין / לא תקין
 8. גפיים וכפות רגלים: (דפורמציה, צליעה, כח) _____ תקין / לא תקין
- פירוש ממצאים חיוביים: _____

כשיר לפעילות בענף ספורט _____ כשיר לפעילות בחגבלה _____

מדי טסט

חותמת והתימה רופא ספורט מוסמך _____ חותמת התחנה לרפואת הספורט _____