



PROF. JEFFRY KASHUK

GENERAL SURGERY
AESTHETIC MEDICINE

שאלון רפואי לפני יעוץ או טיפול בפיסורה אנאלית:

פרטים אישיים:

שם מלא: _____ ת.ז: _____
טלפון: _____ נייד: _____ תאריך לידה: _____
דואר אלקטרוני: _____
כתובת: _____

שאלון רפואי:

כמה זמן את/ה סובל/ת מכאבים בפי הטבעת? _____
האם עברת בעבר קולונוסקופיה כן/לא אם "כן", מתי בוצעה הבדיקה? _____
האם עברת בעבר ניתוח פיסורה? כן/לא
כמה זמן את/ה תחת טיפול במשחה לפיסורה? _____
האם בעבר עברת ניתוח השמנת יתר? כן/לא

הסכמת מטופל/ת- בבקשה לסמן X במקום המתאים:

- ☐ מובן לי כי השימוש בבוטוקס בטיפול זה, הינו פרטי ואינו מהווה חלק מסל הבריאות של קופת החולים.
- ☐ מובן לי כי עלי להסדיר את התשלום במלואו, טרם תחילת הטיפול.
- ☐ מובן לי כי כל ביקור מעקב למשך 3 חודשים לאחר הטיפול, אינו כרוך בתשלום. (לאחר זמן זה, הביקור יסווג כביקור חדש וכפוף לחיובים)
- ☐ צוות המרפאה יכין את כל הניירת הדרושה להגשת ביטוח פרטי, אולם זוהי אחריותו המלאה של המטופל, לטפל ולדאוג לכל ההגשות והתביעות הרלוונטיות.

בחתימתי הנני מצהיר/ה כי הפרטים אשר מולאו בגיליון זה, מולאו על ידי והינם נכונים.

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

לקביעת תורים

03-732-6770
053-933-8701

JKASHUK-AESTHETICS.COM

ירושלים

המרכז הרפואי קניון מלחה,
שער נרקיס קומה 4

תל אביב

הברזל 11, קומה 6
סוויטה 5A



PROF. JEFFRY KASHUK

GENERAL SURGERY
AESTHETIC MEDICINE

בדיקת אחות:

ל"ד: _____ דופק: _____ SAT: _____ VAS בקבלה _____

ח"ח ☐

נטילת תרופות קבועות כן/לא פירוט: _____

מחלות כרוניות כן/לא פירוט: _____

אלרגיות כן/לא פירוט: _____

בדיקת רופא:

דרגת פיטורה: _____ מקום: _____

טונוס: _____ טחורים: _____

פיסטולה: _____

רמת כאב לאחר ביצוע הפעולה: VAS _____

רמת כאב בהגעה לביקורת: VAS _____ תאריך ביקורת: _____

לקביעת תורים

JKASHUK-AESTHETICS.COM

03-732-6770
053-933-8701

ירושלים

המרכז הרפואי קניון מלחה,
שער נרקיס קומה 4

תל אביב

הברזל 11, קומה 6
סוויטה 5A