

שאלון להורה בטרם מתן חיסון

שם החיסון: _____
(טלפוני או למילוי עצמי במרכז השלמות)

שם בית הספר: _____ יישוב: _____ איזור: _____
התלמיד _____ השם _____ מס' ת.ד. _____ הכיתה _____

תאריך לידה: _____ מין: ז נ

שם ההורה: _____ טלפון נייד: _____

1. יש לבני/ביתי (בנך/בתך) בעיה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'): _____
כן לא

פרט: _____
2. בני/ביתי (בנך/בתך) נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: _____
כן לא

פרט: _____
3. בני/ביתי (בנך/בתך) סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: _____
כן לא

פרט: _____
4. בני/ביתי (בנך/בתך) חוסן/נה בכל חיסוני השיגרה בילדות: _____
במידה ולא, פרט באיזה חיסון לא חוסן/נה: _____
סיבה: _____

כן לא
5. לבני/ביתי (בנך/בתך) היתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר: _____
פרט באיזה חיסון: _____

תיאור התגובה: _____
כן לא
6. האם ילדיכם קיבל חיסון בחודש/בשנה האחרונים: _____

שם החיסון: _____ תאריך: _____

*** אני מאשר/ת לחסן את בני/ביתי בחיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.**

התאריך _____ שם ההורים _____ חתימת ההורים _____

*** באישור טלפוני:**

תאריך השיחה _____ השעה _____ שם ההורה המאשר _____

ת.ד. ההורה המאשר _____ שם האחוזת המראיינת _____ חתימת האחוזת _____

מידע אודות שירותי בריאות התלמיד

www.natali.co.il

1-700-504-121

pniot-edu@natali.co.il

ימים א'-ה' 07:30-21:00