

יש למלא את פרטי הנבדק שם פרטי: _____
שם משפחה: _____
מספר זהות: _____

שלום רב,

לצורך הטיפול בבקשתך ומאחר שהתקבל במכון מידע על כך שהנך סובל/ת מסחרחורת ו/או בעיות בשיווי משקל, נודה לך אם תואילי לענות על השאלות הבאות:

שאלון לסובל מסחרחורת ו/או בעיות בשיווי משקל

1. האם הנך סובל(ת) או סבלת מבעיות של: שיווי משקל, הליכה לא יציבה, סחרחורת, טשטוש? **כן / לא** אם כן, מתי היה האירוע האחרון: _____
 2. האם הנך סובל(ת) מטשטוש או סחרחורת בשינוי תנוחה? **לא** / **כן** []
 3. האם הנך יכול(ה) לדעת מתי את(ה) עומד(ת) לקבל התקף כזה? **לא** / **כן** []
אם כן מה הסימן המקדים להתקף: _____
 4. האם היו לך מקרים של ערפול או איבוד הכרה? **לא** / **כן** []
מתי אירע בפעם האחרונה? _____
 5. האם הנך נמצא(ת) במעקב רפואי ו/או מקבל(ת) טיפול תרופתי בגין סחרחורת או בעיות של שיווי משקל?
לא / **כן** []
אם כן פרטי: _____

 6. האם הנך מסוגל(ת) להתהלך בחושך ללא תמיכה? **לא** / **כן** []
- תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימה: _____