



In Gonda Brain Research Center  
Bar Ilan University

## טופס פרטים אישיים

לשימוש משרדי- מספר בדיקה: \_\_\_\_\_

### 1. פרטים אישיים של הנבדק:

שם פרטי (עברית): \_\_\_\_\_ שם משפחה (עברית) \_\_\_\_\_  
שם פרטי (לועזית): \_\_\_\_\_ שם משפחה (לועזית) \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מין ז/נ  
יד דומיננטית: ימין/שמאל

### 2. פרטי קשר (כתובת למשלוח תשובות הבדיקה)

רחוב \_\_\_\_\_ בית \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_  
מיקוד \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_  
כתובת למשלוח תוצאות הבדיקה (ציין/ני רק אם אחר מכתובת המגורים)  
רחוב \_\_\_\_\_ בית \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_  
טלפון בבית \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
טלפון בעבודה \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 3. פרטי מלווה (לקטין מתחת לגיל 18 ולמקרה חירום):

שם פרטי (עברית): \_\_\_\_\_ שם משפחה (עברית) \_\_\_\_\_  
טלפון 1 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ טלפון 2 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
קרבה: \_\_\_\_\_

שם פרטי (עברית): \_\_\_\_\_ שם משפחה (עברית) \_\_\_\_\_  
טלפון 1 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ טלפון 2 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
קרבה: \_\_\_\_\_



In Gonda Brain Research Center  
Bar Ilan University

הרייני מאשר/ת מזאת כי כל הפרטים הרשומים לעיל הינם אמיתיים ונכונים

חתימה: \_\_\_\_\_.

חתימת הורה 1: \_\_\_\_\_ חתימת הורה 2 \_\_\_\_\_.