



פניה לבחינת כשירות לעבודה והצהרת בריאות של מועמד/עובד - טופס לדוגמה

(למידע בלבד)

לאחר מילוי הפרטים בשאלון יש לשלוח אותו בדואר אל שירות הרפואה התעסוקתית, לכתובת:

הסבר לשימוש בטופס:

חלק א - ימולא על ידי המעסיק, שיקפיד למלא את כלל הנתונים הנוגעים לעבודתו של המועמד/העובד. אם לא צוינה כתובת שירות הרפואה התעסוקתית, יציינה המעסיק בראש חלק א.

המעסיק ימסור את הטופס למועמד וינחה אותו למלא את יתר חלקיו שלא בנוכחות המעסיק או/וגם מי מטעמו, ולהעבירו בגמר המילוי ישירות לשירות הרפואה התעסוקתית. חלקים ב, ג, ד, ה - ימולאו במלואם על ידי המועמד/העובד בכתב יד ברור וקריא, **שלא** בנוכחות המעסיק או/וגם מי מטעמו.

ההצהרות בחלקים ו, ז - ייחתמו **על ידי המועמד/העובד** תוך ציון השם המלא (פרטי ומשפחה), תאריך וחתימה.

בשלב זה יישלח הטופס על ידי המועמד/העובד לשירות הרפואה התעסוקתית שכתובתו מצוינת בחלק א, או יימסר על ידי המועמד/העובד ישירות לשירות הרפואה התעסוקתית, כאשר על המעטפה יצוין "רפואי סודי".

בתום התהליך יעביר הרופא התעסוקתי למעסיק ולמועמד, בכתב, או מסקנתו בדבר התאמת המועמד/העובד לעבודתו.

הפרטים הרפואיים הנמסרים על ידי המועמד/העובד חסויים, והכל בכפוף לוותורו על סודיות רפואית, כמופיע בחלק ז. חלק ח - לשימוש הרופא התעסוקתי.

כל מונח בטופס המובא בלשון זכר, כוונתו לשני המינים כאחד.



חלק א: (ימולא על ידי המעסיק)

ד"ר נכבד/ה,

אבקשך לבחון את התאמתו הרפואית של המועמד/העובד לעבודתו ולהודיעני מסקנתכם.

1. פרטי המועמד/העובד:

שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות
		ס"ב

2. התפקיד המיועד: (סוג העיסוק או המקצוע שאליו מיועד המועמד/העובד) _____

3. גורמי סיכון שאליהם יהיה המועמד/ העובד חשוף בעבודתו (כימיים, ביולוגיים, פיזיקליים, כגון:

קרינה, הרמת משאות כבדים, רעש מזיק): _____

4. מקום העבודה: _____

שם החברה (המעסיק) כתובת מקום העבודה טלפון החברה פקס'

5. אם הנ"ל כבר מועסק, נא לפרט:

הנ"ל מועסק על ידינו בתפקיד _____ מתאריך _____

6. פרטי המעסיק המפנה: _____

תאריך שם פרטי שם משפחה תפקיד המפנה

לשימוש הרופא התעסוקתי

1. החלטות: 1. לזמן את המועמד/ העובד לבדיקות נוספות:

2. לאשר התאמה.

3. הערות: _____

תאריך פרטי הרופא התעסוקתי שירות הרפואה התעסוקתית חתימה



חלק ב:

פרטים אישיים והצהרה על מצב הבריאות של המועמד לעבודה / העובד

(ימולא על ידי המועמד/העובד, רצוי באותיות דפוס, וישלח ישירות לשירות הרפואה התעסוקתית)

1. פרטים אישיים של המועמד/העובד:

שם משפחה	שם פרטי	זכר	נקבה	מספר הזהות ס"ב	תאריך לידה
			הקף בעיגול את מגדרך		
מקצוע / תיאור תפקידו בפועל					
כתובת המגורים: רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
שם הרופא המטפל:	כתובת מרפאתו		קופ"ח: 1. XXX 2. YYY	טלפון	



2. שאלות
כלליות:

השב על כל אחת מהשאלות על ידי סימון התשובה המתאימה בעיגול. פרט במקרים המתאימים.

2.1 האם אושפזת בבי"ח או במוסד רפואי כלשהו (למעט אשפוז לצורך לידה) בעשר השנים האחרונות?
כן - פרט היכן, מתי, סיבת האשפוז, הטיפולים שעברת במהלך האשפוז והשפעת המקרה על מצב בריאותך כיום.
לא

2.2 האם אי פעם נותחת או הוזמנת לניתוח, לבדיקות פולשניות / לטיפולים פולשניים?
כן - פרט מתי, סוג הניתוח/ הבדיקות/ הטיפולים, באיזה בי"ח, השפעת הניתוח/הבדיקות / הטיפולים על בריאותך, כעת והצפי לעתיד.
לא

2.3 האם נבדקת בשנתיים האחרונות על ידי רופא מומחה/רופאים מומחים? אם כן - פרט שמות הרופאים, התמחותם, הסיבה לפנייה אליהם, המלצותיהם, הטיפול שעברת ותוצאותיו.
כן

2.4 האם נבדקת על ידי רופא תעסוקתי לצורך כניסה לעבודה, כושר עבודה או בדיקת פיקוח?
כן - ציין שם המרפאה שנבדקת בה _____ שנת הבדיקה _____
קופת החולים שלך _____
לא

2.5 האם הגשת אי-פעם בקשה לביטוח בחברת ביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות בגין מצב בריאות? אם כן - פרט מדוע בקשתך נדחתה או/וגם הוגבלת.
כן

לא



-
- 2.6. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, או שידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי (ליקוי, מום, בעיה רפואית, כאבים, מיחושים, הפרעות גופניות ונפשיות)? אם כן – פרט:
- כן לא
-
- 2.7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע?
אם כן – פרט שם התרופה ומינונה (נא לרשום את שם התרופה בלועזית באותיות דפוס):
- כן לא
-
- 2.8. האם נפגעת בתאונה כלשהי? אם כן – פרט מתי נפגעת ומה הן תוצאות הפגיעה:
- כן לא
-
- 2.9. האם אתה חש עצמך בריא בהחלט ובעל כושר מלא לעבודה המוצעת לך? אם לא – פרט:
- כן לא
-
- 3.0. האם הגשת בעבר תביעה להכרה בנכות? האם הוכרת כנכה? אם כן – פרט מתי הוגשה התביעה/ מתי הוכרת, למי הוגשה התביעה, האם עקב הפגיעה הוגבל כושרך לעבודתך, באיזה תחום? כמה אחוזי נכות נקבעו לך ולאילו תקופה?
- כן לא
-
-



ג - שאלות מפורטות על תחלואה וסימני תחלואה (ימולא על ידי המועמד לעבודה / העובד): סמן X בטור כן או לא. אם התשובה היא כן, הקף את המחלה או סימניה בעיגול ופרט את הנתונים. אם חסר לך מקום לרישום הפרטים יש להוסיף דף ולצרפו להפניה זו.

פרטים נוספים, כולל שם הרופא או המוסד המטפל	כמה זמן נמשכה?	מתי הופיעה לראשונה?	המחלה/ הפרעה (תאריך)	לא	כן	האם אתה סובל או סבלת בעבר מהמחלות או מסימני המחלה האלה:
						1. כאבי ראש כרוניים, מחלות מוח, מחלות עצבים, אפילפסיה, שיתוקים, סחרחורות או התעלפויות, אובדן הכרה, דיכאון או הפרעה נפשית אחרת או ניסיון התאבדות, הפרעות בתחושה
						2. שחפת ריאתית, אסטמה, שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, מחלות קרום הריאה, יריקת דם
						3. מחלות לב וכלי דם, דפיקות לב או הפרעות בקצב הלב, כאבים או לחץ בחזה, לחץ דם גבוה, נפיחות ברגליים, כאבי שוקיים בהליכה, התקף לב מסוג כלשהו
						4. הפרעות בבליעה, צרבת, כיב קיבה או כיב התריסריון, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כיס המרה או הכבד, הקאה חוזרת, דם סמוי בצואה, צהבת נגיפית מסוג A,B,C האם אתה נשא של צהבת נגיפית?
						5. מחלת מין, איידס האם אתה נשא של איידס?
						6. מחלות עיניים, הפרעות ראייה, מחלות אף אוזן גרון, מערות האף (סינוסיטיס), ירידה בכושר השמיעה, צרידות כרונית
						7. רגישות יתר (אלרגייה), כולל לתרופות, לסוגי מזונות ולגורמים מגרים אחרים



						8. מחלות או זיהומים בדרכי השתן, אבנים בכליות או בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת בלוטת הערמונית, הפרעות במתן השתן
						9. מחלות עור, פצע שאינו מתרפא, שינויים בנקודות חן או יבלות, התקשות בשד או התקשויות כלשהן, גידול שפיר או סרטני, רגישות העור לקרינת השמש
						10. מחלות חילוף חומרים או בלוטות, סוכרת, יתר-שומנים בדם, מחלות בלוטת המגן, או צינית/שיגדון (gout)
						11. דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, מגבלות בתנועת הגפיים (ידיים ורגליים), מחלות של עצמות
						12. בקע, אנמיה, הפרעות קרישה או תמס דם (המוליזה), פוליציטמיה, המופיליה
						13. מחלות גב או כאבי גב, כאבי צוואר, מוגבלות בתנועה ובהפעלת עמוד השדרה, הפרעות בתנועה
						14. הפרעות אחרות שמקורן במחלות אחרות שלא פורטו לעיל, או מגבלות בריאותיות אחרות



חלק ו':

הצהרת המועמד לעבודה / העובד

(ימולא על ידי המועמד לעבודה / העובד)

אני הח"מ, המועמד לעבודה / העובד, מצהיר בזה:

- שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות, מדויקות ומלאות ושלא העלמתי דבר.
- ידוע לי שעל בסיס המידע שמסרתי בטופס זה יחליט הרופא על מידת התאמתני לעבודתי, ושאל תשובותיי אינן נכונות, מדויקות ומלאות, או אם העלמתי דבר, הריני עלול לסכן את בריאותי או/וגם את בריאותם של אנשים אחרים.
- ידוע לי שיייתכן כי אדרש, על פי שיקול דעתו של רופא תעסוקתי, לעבור בדיקות רפואיות לבחינת מידת התאמתני הרפואית לעבודתי, ואני מתחייב להתייצב לבדיקות אם וכאשר אוזמן אליהן, במקום ובמועד שייקבע על ידכם.

חתימת המועמד לעבודה / העובד

שם מלא של החותם

תאריך

ויתור על סודיות רפואית

חלק ז':

(ימולא על ידי המועמד לעבודה / העובד)

הואיל ו _____ דורש חוות דעת רפואית על כושרי

פרטי המעסיק / המוסד המפנה

לבצע את עבודתי, והואיל ולצורך מתן חוות דעת זו ייתכן כי יידרש לרופא התעסוקתי מידע רפואי נוסף אודותי, אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כדלקמן:

אני מתחייב/ת למסור לרופאים ולכל המטפלים נלווי הרפואה (הפרא-רפואיים) שיבדקו אותי ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה, פגיעה ומום שחליתי בהם או/וגם נפגעתי מהם בעבר ושאני חולה בהם כיום, בלי להעלים דבר.

אני נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי או/וגם מוסד רפואי, לרבות קופת חולים, רופאיה ועובדיה ולרבות בתי חולים כלליים או/וגם פסיכיאטריים או/וגם שיקומיים או/וגם משרד הביטחון או/וגם המוסד לביטוח לאומי (להלן: מוסרי המידע), למסור לשירות הרפואה התעסוקתית או/וגם לרופא התעסוקתי (להלן: המבקשים) את כל הפרטים המצויים בידי מוסרי המידע, באופן שיידרש על ידי המבקשים, על מצבי הבריאותי או/וגם השיקומי, לרבות, אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, כל מידע על מום או/וגם פגיעה



או/וגם כל מחלה שחליתי בה בעבר או/וגם שאני חולה בה כעת, ועל כל טיפול רפואי ושיקומי שקיבלתי, על מועדי מתן הטיפול ועל האבחנות המתייחסות אלי, האגורים במאגרי המידע של מוסרי המידע, לרבות רשימת הרופאים שטיפלו בי.

אני מרשה בזה לרופא התעסוקתי למסור: למעסיקי ולמפקח העבודה האזורי, להנהלת שירות הרפואה התעסוקתית, ולגורמי הרפואה, הביטוח והפנסיה העשויים לטפל בזכויותי הנובעות ממצב בריאותי - את פירוט המצב הבריאותי או הטיפול הרפואי, אם וככל שיש בכך צורך על פי שיקול דעתו של הרופא התעסוקתי, ככל שהם מתייחסים ליכולתי, מבחינה רפואית, לבצע את תפקידי בעבודתי, וכן בנוגע להשפעת עבודתי הנוכחית או עבודתי הקודמת או עבודתי בעתיד על בריאותי.

לא יהיו לי טענות או תביעות כלשהן למוסרי המידע או/וגם לשירות הרפואה התעסוקתית או/וגם לרופאיו או/וגם למי מעובדיו או/וגם לפועלים מטעמו, בקשר למסירת פירוט העובדות הנ"ל או המסקנות המבוססות עליהן.

1. פרטי הח"מ:

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות										
		ס"ב										
												תאריך _____
כתובת פרטית	רחוב	מספר בית										חתימה _____
	יישוב	מספר בית יישוב										

2. פרטי העד/ה לחתימה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות										
		ס"ב										
												חתימה _____
כתובת פרטית	רחוב	מספר בית יישוב										



חלק ח - תשובת הרופא התעסוקתי

לכבוד _____

תאריך _____

מנהל _____

מפעל _____ כתובת המפעל _____

שלום רב,

הנדון: תשובת הרופא התעסוקתי

הננו להודיעכם כי בתאריך _____ בדקתי את הצהרת הבריאות של:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר תעודת זהות _____

המועמד/ת לקבלה לעבודה בתפקיד _____

לאחר עיון בהצהרת הבריאות מתאריך _____ מצאתי כי הנבדק/ת

1. מתאים/ה לתפקיד המוצע

2. יש לזמן את המועמד/ת לבדיקות נוספות

הערות: _____

חתימת הרופא בודק ההצהרה

שירות הרפואה התעסוקתית שם הרופא בודק ההצהרה

העתקים: 1 - למועמד; 2 - לרשומה הרפואית.