



## מדינת ישראל

עמוד 1 מתוך 3

### בדיקת כשירות רפואית של מועמד/ת לתפקיד מוצע בשירות המדינה

סודי: לשימוש והחזקה בלעדיים של רופאי/ות שירות המדינה  
הטפסים ישלחו ללשכת הבריאות המחוזית במעטפה סגורה ומסומנת "סודי"  
(פרק משנה 13.4 לתקשי"ר)

#### א. פרטי המשרד והמשרה (חלקים א-ג - למילוי על-ידי המשרד)

שם המשרד	שם היחידה	כתובת היחידה	שם התפקיד
חלקיות המשרה		תאריך התחלת העבודה	המסלול הפנסיוני המוצע לעובד/ת
שנה	חודש	יום	פנסיה תקציבית <input type="checkbox"/> פנסיה צוברת <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____

#### ב. פרטים אישיים של המועמד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם האב	ארץ לידה
		ס"ב		
תאריך עלייה	תאריך לידה	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	כתובת	דוא"ל
שנה	שנה			טלפון קווי/נייח

#### ג. אפיון התפקיד המוצע

1. מיקום העבודה:  משרד  מעבדה  כיתת לימוד  סדנה  אחר, פרט \_\_\_\_\_

2. דרישות גופניות ואופי עבודה מיוחד:  עבודה משרדית בישיבה  עבודה משרדית בעמידה  עבודה הדורשת הרמה או סחיבת של משא\*  
 נהיגה  מתן הרצאות  עבודה במשמרות  עבודה המחייבת שעות נוספות מרובות  
 עבודה הדורשת הפעלת מכונות תעשייתיות  עבודה עם ניידות גבוהה (ממוכן/רגלי)  עבודה הכוללת קבלת קהל  
 עבודה הכוללת טיפול במוגבלים/חולים  אחר, פרט \_\_\_\_\_

3. מאפייני סביבת העבודה:  
 רעש\*  אבק/עשן\*  חומרים כימיים\*  חומרים ביולוגיים\*  עבודה בגבהים\*  עבודה במקום סגור ומוגבל\*  
 \* סימון X בתחום זה מחייב פירוט נוסף כלהלן: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 תאריך / שם ממלא/ת הטופס (נציג/ת המשרד) / תואר המשרה / חתימה

#### ד. הצהרת המועמד/ת

1. הנני מתחייב/ת בזה למסור לרופא/ה שירות המדינה, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים בעבר ובהווה. ברור לי כי מסירת ידיעות בלתי נכונות או העלמת מחלות קודמות וליקויי בריאות משחררים את מדינת ישראל מאחריות כלשהי כלפי וכלפי שאירי, ובעקבותיהן אני עלול/ה להיות צפוי/ה למסור או לקנס וכן להפסקת עבודתי, ללא פיצויים או הטבות פרישה אחרות.

2. הנני מסכים/ה באופן בלתי חוזר שכל אדם או מוסד אשר מצוי בידו מידע ביחס למצבי הרפואי במועד החתימה על כתב ויתור זה, או בתקופה שקדמה לו, ימסור מידע זה - בין בכתב ובין בכל דרך אחרת - לרופא/ה שירות המדינה או לוועדה הרפואית המוסמכים על-פי חוק לבדוק את הכושר הרפואי שלי, לצורך קבלתי או מינויי לשירות, או לצורך ביצועו של חוק שירות המדינה (גמלאות) (נוסח משולב), התש"ל-1970. ידוע לי כי לא ייעשה שימוש בויתור שניתן על-ידי כאמור אלא בידי אדם שחלה עליו על-פי חוק, חובת השמירה על סודיות המידע הרפואי.

3. בתנאי שהמדינה ועובדיה יהיו רשאים להשתמש במידע האמור לצרכיה וביחסי עובד/ת ומעביד/ה בלבד, ובכפוף לאמור בסעיף 2 לעיל, ובתנאי שהם יהיו מנועים מלהעבירו או מלגלותו לכל גורם זר - הנני משחרר/ת את מדינת ישראל ועובדיה מחובת הסודיות בדבר מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים, בעבר ובהווה וכל עוד אני משרת/ת בשירות המדינה, וכן לאחר פרישתי משירות זה - אם אפנה למשרדי הממשלה בענייני מצבי הרפואי.

4. הנני מצהיר/ה שידוע לי כי אם אפסל לתפקיד המיועד מטעמים רפואיים, תופסק עבודתי ללא צורך בהודעה מוקדמת.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 תאריך / המקום / חתימת המועמד/ת

5. האחראי/ת או מי שהוסמך על-ידו/ה מצהיר/ה כי הסביר/ה למועמד/ת את זכויותיו/ה וחובותיו/ה בנושא הבדיקות הכשירות הרפואית וכי המועמד/ת חתם/ה בפניו/ה על טופס זה.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 תאריך / שם החותם/ת / תפקיד / חתימה

ה. שאלון רפואי (למילוי על-ידי המועמד/ת לתפקיד)

בגמר מילוי השאלון יש לצרף אליו "סיכום מידע רפואי" מהרופא/ה המטפל/ת ובדיקות עזר (אם נדרשות), להכניס את החומר למעטפה המצורפת, להדביק את לשונית המעטפה ולהעבירה למשרד השולח.

פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	משרד
		ס"ב 	

בשאלות הבאות יש לסמן תשובה כחיובית במידה והמצב היה קיים בעבר ו/או עדיין נמשך:

שאלות	לא	כן	במידה והתשובה חיובית, נא לפרט תאריכים ותיאור ההפרעות, הליקויים והמחלות
1. בעיות נשימה או ריאות-כולל שחפת, אסטמה וברונכיטיס			
2. שיתוק ילדים			
3. דלקת זיהומית בכבד, צהבת, מחלת כבד אחרת			
4. סרטן, גידולים שפירים, ציסטות			
5. סכרת			
6. אנמיה, לויקמיה, הפרעות אחרות בדם			
7. מחלת נפש			
8. הפרעה במערכת עצבים			
9. פירכוסים, איבודי הכרה			
10. כאבי ראש חזקים או מיגרנה			
11. בעיות לב-כולל מחלות כלי דם ומסתמי הלב			
12. כאבי גב תכופים או חבלה בגב			
13. כל בעיה בעצמות, פרקים-כולל דלקת, נקע, שברים, קטיעות			
14. כל בעיה בירכיים, ברכיים, קרסוליים, רגליים			
15. כל בעיה בידיים, מרפקים, כתפיים			
16. חבלה בראש			
17. התעלפויות, סחרחורות			
18. פריחות בעור כתוצאה מעבודה			
19. אלרגיות			
20. רגישות לעשן או אבק			
21. לחץ דם גבוה או נמוך			
22. דליות ברגליים			
23. כיב קיבה, כיב תריסרון, בעיה אחרת בעיכול			
24. בקעים (הרניה)			
25. בעיות בכיס מרה			
26. בעיות בכליות ו/או שלפוחית שתן			
27. קוצר נשימה			
28. בעיה בדיבור			
29. שימוש יתר בתרופות, משקאות חריפים, סמים			
30. הרכבת משקפיים בעבר/בהווה			
31. הרכבת עדשות מגע בעבר/בהווה			
32. ניתוח/מחלה/חבלה בעין			
33. עיוורון בעין אחת			
34. עיוורון בשתי עיניים/תעודת עיוור			
35. בעיית שמיעה/הרכבת מכשיר שמיעה			
36. המצאות בתקופת התאוששות מניתוח/הריון			
37. המצאות בהשגחה רפואית קבועה			
38. אישפוז בב"ח בחמש שנים אחרונות			
39. מחלות ניווניות/מחלות ממושכות/אחרות שלא פורטו לעיל			

רשימת בדיקות שעל המועמד/ת לצרף:

- לעובדי/ות בריאות-תבחין עור לשחפת
- לנהגים/ות-חדות ראייה ע"י גורם מוסמך
- לעובדי/ות הוראה-בדיקות מיתרי קול ע"י רופא א.א.ג.
- מצורף "סיכום מידע רפואי" מטעם הרופא/ה המטפל/ת  מצורפות בדיקות עזר

**1. מידע רפואי נוסף (למילוי על-ידי רופא/ת שירות המדינה ולפי שיקול דעתו/ה)**

תוצאת הבדיקה שנדרשה	הבדיקה שנדרשה

**2. מסקנת רופא/ת שירות המדינה**

- כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
- כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
- חייב/ת בבדיקה רפואית נוספת כעבור \_\_\_\_\_
- כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למסלול פנסיה תקציבית)
- לא כשיר/ה

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

תאריך: \_\_\_\_\_ שם רופא/ת שירות המדינה: \_\_\_\_\_ חתימת רופא/ת שירות המדינה: \_\_\_\_\_

**3. מסקנת ועדת ערר (אם הוגש ערעור)**

- כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
- כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
- חייב/ת בבדיקה רפואית נוספת כעבור \_\_\_\_\_
- כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למסלול פנסיה תקציבית)
- לא כשיר/ה

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

מס' סודר	שם רופא/ת הוועדה	חתימה	תאריך
1			
2			
3			