

הפניה לבחינות התאמות כועמד/ת או עובד/ת לעבודתו/ והצהרת בריאות של המועמד/ת או העובד/ת

אל: מוכבי שירותי בריאות, מרפאה תעסוקתית במרכז הרפואי:

חלק א: בקשת המuszיק (ימולא על ידי המuszיק/ה)

ד"ר נכבד/ה,

אבוקש לבדוק את התאמתו/ה הרפואית של המועמד/ת או העובד/ת לעבודה ולהודיעני מסקנתכם.

1. פרטי המועמד/ת או העובד/ת:

שם המשפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות:

2. התפקיד המוצע: (סוג העיסוק, מוצوع אליו מיועד/ת המועמד/ת או העובד/ת)

3. גורמי סיכון להם/האם לתעסוקה כועמד/ת או העובד/ת השופף לעבודתו/ה (כימיים, ביולוגיים, פיזיולוגיים כגון:
קרינה, הרמת משאות כבדים, רعش מזיק וכו')

4. מקום העבודה:

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

5. בכירה והנ"ל כבר מועסק/ת נא לפרט:

הנ"ל מועסק/ת על ידינו בתפקיד: _____ מותארין: _____

תקין המפנה:	שם פרטי:	שם משפחה:	חתימה:	טלפון:	תאריך:

חלק ח: לשימוש הרופא התעסוקתי

החלומות: 1. לזמן את המועמד/ת או העובד/ת לבדיקות נוספות:

2. לאשר התאמת.

3. הערות:

תאריך:	פרטי הרופא התעסוקתי:	מרפאה:	חתימה:

הסבר לשיכווש בטופס

חלק א - יכולא על ידי המuszיק שיקפיד למלא כלל הנתונים הנוגעים לשבודתו של המועמד/ת או העובד/ת.

אם לא ציינה כתובות המרפאה התעסוקתית, ציינה המuszיק בראש חלק א.

המעסיק ימסור הטופס למועמד וינהה אותו למלוא שלא בנסיבות המuszיק/ ואו מי מטעמו,

ולהעבירו בגין המילוי ע"י המועמד ישירות למרפאה התעסוקתית

חלקים ב,ג,ד,ה - ימולאו במלואם על ידי המועמד/ת או העובד/ת בכתב יד ברור וקריא שלא בנסיבות המuszיק/ ואו מי מטעמו.

הצהרות בחלק ג,ז - יוחתמו על ידי המועמד/ת או העובד/ת תוך ציון השם המלא (פרטיו ומשפחה), תאריך וחתימה.

הטופס בשלב זה ישלח על ידי המועמד/ת או העובד/ת למרפאה התעסוקתית שכותבה מצוינת בחלק א', או ימסר ע"י

המעמם/ת או העובד/ת לשירותם מכבוי Shirouti בראיות הקרובות, כאשר על המעתפה יצוין - "רופא סודי".

בתום התהליך יעביר הרופא התעסוקתי למuszיק ולמועמד/ת, בכתב, את מסקנותיו בדבר התאמת המועמד/ת או העובד/ת לעבודתו/ה. הפרטיהם הרופאים הנמסרים על ידי המועמד/ת חסויים, והכל בכפוף לויתרו/ה על סודיות רפואית, ככופיע בחלק ז'.

כל מונה בטופס המותיחס בלשון זכר, הכוונה גם בלשון נקבה וההפקה.

חלק ב: פרטיים אישיים והצהרה על מצב הבריאות של המועמד/ת לעובדה או העובד/ת
(iomola על ידי המועמד/ת או העובד/ת, רצוי באoitot דפוס ושלחה ישירות למרפאה התעסוקתית)

1. פרטיים אישיים של המועמד/ת או העובד/ת:

מין:	תאריך לידיה:	מס' תעודה זהות:	שם פרטי:	שם המשפחה:
<input type="checkbox"/> נ <input checked="" type="checkbox"/> ז				

מקצוע / תאור תפקיד בפועל:

כתובת:

טלפון נייד:	טלפון:	כתובת:	מספר בית:	יישוב:	רחוב:

הרופא/ה המטפל/ת:

טלפון:	כתובת המרפאה:	שם הרופא/ה המטפל/ת:

2. שאלות כלליות:

השב/י על כל אחת מהשאלות על ידי סימון התשובה המתאימה. פרט/י במקרים המתאים

1. האם אושפזת בבי"ח או מוסד רפואי כלשהו (למעט אשפוז לצורך לידיה) בעשר השנים האחרונות? אם כן - פרטי היין, מותי, סיבת האשפוז, טיפולים שעברת במהלך האשפוז והשפעת המקרה על מצב בריאותך כיום

2. האם אי פעם נחתת או הוזננת לניתוח, בדיקות/טיפולים פולשניים? אם כן - פרטי מותי, סוג ניתוח, בדיקות, באיזה בי"ח, השפעת הניתוח/בדיקות על בריאותך, כתת ובעתידי

3 מתחו 5

3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"ז רופא/רופאים/מוסמכים? אם כן - פרט/י שם הרופא/ים, התמחותם, הסיבה לפניה אליהם, המלצותיהם, הטיפול שעברת ותוצאותיו
 כן לא _____

4. האם אי פעם הגשת בקשה לחברת ביטוח ובקשרther נדחתה או שהתקבלת במוגבלות בגין מצב רפואי? אם כן - פרט/י מודיע עצער נדחתה/ או הוגבלת
 כן לא _____

5. האם הנך חולה כתת במחללה כלשהו, או שידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהו? (ליקוי, מום, בעיה רפואית, כאבים, מיחושים, הפרעות גופניות ונפשיות). אם כן - פרט/י:
 כן לא _____

6. האם הנך נוטל/ת תרופות באופן קבוע? אם כן - פרט/י שם התרופה ומינונה (ນבקשר לרשום שם התרופה בלועזית באותיות דפוס)
 כן לא _____

7. האם נפגעת בתאונת כלשהו? אם כן - פרט/י מותי נפגעת ומה הן תוצאות הפניה
 כן לא _____

8. האם הנך חס/ה עצמן בריא/ה בהחלט ובעל/ת כושר מלא לעובדה המוצעת לך? אם לא - פרט/י:
 כן לא _____

9. האם הגשת בעבר תביעה להכרה בנכונות? האם הוכרת נכון? אם כן - פרט/י מותי הוגשה התביעה/мотוי הוכרת, למי הוגשה התביעה, האם עקב הפגיעה הוגבל כושר לעובדה, באיזה תחום? כמה אחוז נכות נקבעו לך ולאיזה תקופה?
 כן לא _____

חלק ג: שאלות מפורטות על תחולאה וסימני תחולאה (ימולא על ידי המועמד/ת לעובדה או העובד/ת סיכון X בנסיבות המתאימה. אם התשובה היא כן הקף/י המחללה או סימנה בעיגול ופרט/י הנתונים. אם חסר לך מקום לרשום הפרטים יש להוסיף דף ולצרכו להפניה זו.

האם הנך סובל/ת או האם סבלת בעבר מהמחללות או מסימני המחלות הבאים?	כן	לא	המחללה/ הפרעה	מומי הפגיעה לאירוע (תאריך)	נכונה	פרטיים נוספים כולל שם הרופא או המוסד המטופל
1. כאבי ראש כרוניים, מחלות המוח, מחלות עציביים, אפילפסיה, שיתוקים, סחרחות או התעלפויות, אובדן הכרה, דיכאון, או הפרעה نفسית אחרת או ניסיון התאבדות, הפרעות בתחשוה?						
2. שחפת ריאתית, אסתמה, טיפול ממושך, דלקות ריאת חמורות, ברונכיטיס כרונית, אספיזומה, מחלות קרום הריאה, ירידת דם?						
3. מחלות לב וכלי דם, דפיפות לב או הפרעות בקצב הלב, לחצים או כאבים או לחץ בחזה, לחץ דם גבוה, נפיחות הרגליים, כאבי שוקיים בהילכה, התקף לב מסווג כלשהו?						

						4. הפרעות בבליעה, צרבבת, כיב קיבה או התיריסרין, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כיס מורה, הכבד, הקאה חזורת, דם סמי בצואה, צחבת נגיפית מסוג A,B,C?
						5. מחלות מין, "איידס" או האם הנך נשאית של איידס?
						6. מחלות עיניים, הפרעות ראייה, מחלות אף, אוזן, גרון, מערות האף (סינוסיטיס), ירידה בכושר השמיעה, צראזות כרונית?
						7. רגשות יתר (אלרגניה) כולל לתרופות, סוג מזונות וגורמים אחרים?
						8. מחלות או זיהומים בדרכי השתן, אבנים בקילות או בדרכי השתן, דם סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה, הפרעות במותן השתן?
						9. מחלות עור, פצע שאיןנו מתרפא, שינויים בנקודות חן או יבלות, התקשות بشד או התקשיות כלשון, גידול שפיר או סרטני, רגשות לקרינת השם?
						10. מחלות חילוף חומרים או בלוטות, סוכרת, שומנונים בדם, מחלות בלוטת המגן, או שגדון (gout)?
						11. דלקות פרקים, ריאומטייזם, ארטריטיס, מוגבלות בתנועת הגפיים (ידיים ורגליים), מחלות של עצמות?
						12. שבר (הרניה), אנכמיה, הפרעות קריישה או הכוילה, פוליציטוכיה, המופília?
						13. מחלות גב או כאבי גב, כאבי צואר, מוגבלות בתנועה והפעלת עמוד השדרה, הפרעות בתנועה?
						14. הפרעות אחרות שמקורן במחלות אחרות שלא פורטו לעיל, או מוגבלות בריאותיות אחרות?

חלק ד: היסטוריה תעסוקתית (ימולא על ידי המועמד/ת לעובדה או העובד/ת)

פרט/י את מקומות העבודה בהם עבדת בעבר (מקומות תעסוקה הן כScar/h והן עצמאי/ת).

חלק ה: הערות נספנות (ימולא על ידי המועמד/ת לעובדה או העובד/ת)

הערות נספנות שברצוני לציין בוגע למצוות רפואי וכשרי לתפקיד

חלק ו: הצהרת המועמד/ת לעובדה או העובד/ת (ימולא על ידי המועמד/ת לעובדה או העובד/ת)

אני הח"מ, המועמד/ת לעובדה או העובד/ת מצהיר/ה בזה:

1. שכל תשוביתי הנ"ל הן נכוןות, מדויקות ומלאות ושלא העلمתי דבר.
2. ידוע לי שעלי בסיס המידע שמסרתי בטופס זה, הבהיר הרואה על מידת התאמת לעובדתי ובמקרה ותשוביתי אינם נכוןות, מדויקות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר, הריני עשוי לסכן את בריאותי /או את בריאותם של אנשים אחרים.
3. ידוע לי, שיתכן ואדרש על פי שיקול דעתו של רופא תעסוקתי, לעבורי בדיקות רפואיות לבחינת מידת התאמת הרופאות לעובדתי ואני מתחייב/ת להתייצב לבדיקות, אם וכאשר אוזמן לבדוקות הנ"ל, במקומם ובמועד שיקבע עלי ידכם.

תאריך:	שם מלא:	התימות המועמד/ת או העובד/ת:

חלק ז: יותר על סודיות רפואיות (ימולא על ידי המועמד/ת לעובדה או העובד/ת)

הואילו _____ (פרטיו האישי) דרוש חוות דעת רפואיות על כשרי לביצוע עבודותיו והואיל ולצורך מתן חוות דעת זו, ניתן וידרש לרופא התעסוקתי מידע רפואי נוסף אודוטי, הנני מצהיר/ה כדלקמן:

אני נתן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי /או מוסד רפואי, לרבות קופות החולים, רפואייה ועובדיה /או כל מוסד רפואי אחר, כולל בתים רפואיים /או פסיכיאטריים /או שיקומיים /או משרד הביטחון /או המוסד לביטוח לאומי ("מוסרי המידע") למסור למכבי שירותי בריאות ו/או לרופא התעסוקתי (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המציגים בידי מוסרי המידע, באופן שיידרש על ידי המבקשים, על מוצבי הבריאותי /או השיקומי, לרבות אך מבלי לפגוע בנסיבות האמור לעיל, כל מידע על מום /או פגעה /או כל מחלוקת שחלתי בה בעבר או שאני חוללה בה בעת, וכל טיפול רפואי ושיקומי שקיבלתி, מועדי מתן הטיפול והאבחנות המתייחסות אליו, וכן כל מידע רפואי כאמור /או נוסף המתיחס אליו והאגור במאגרי המידע של מוסרי המידע, לרבות רשימת הרופאים לטיפולו بي.

אני מרשה בזה לרופא התעסוקתי, למסור למעבידי ולמפקח העבודה איזורי את פירוט מצבי בריאותי או הטיפול הרפואי, באם יוכל שיש בכר צורך, על פי שיקול דעתו של הרופא התעסוקתי, ככל שהם מותיחסים לכוכלי, מבחינה רפואית, לבצע תפקידיו בעבודתי, וכן לנכני השפעת עבודתי הנוכחית או הקודמת או עבודתי בעתיד, על רפואי.

לא יהו לי טענות או תביעות כלשהן למוסר המידע /או למוכבי שירותי רפואיות /או לרופאה /או למי מעובדייה /או הפעלים מטעמה, בקשר למוסר פירוט העבודות הנ"ל או המסקנות המבוססות עליהן.

תאריך:	שם מלא:	התימות המועמד/ת או עובד/ת: