

הפניה לבחינת התאמתו/ה של מועמד/ת / עובד/ת לעבודתו/ה והצהרת בריאות של המועמד/ת / עובד/ת

לאחר מילוי הפרטים בשאלון יש לשלוח אותו בדואר אל:

שירותי בריאות כללית

מרפאה תעסוקתית

חלק א': (ימולא ע"י המעסיק)

ד"ר נכבד/ה,

אבקשך לבחון התאמתו הרפואית של המועמד/ת לעבודה / העובד/ת לעבודתו/ה ולהודיעני מסקנתכם.

1. פרטי המועמד/ת / העובד/ת: _____

שם פרטי	שם המשפחה	מספר הזהות ס"ב

2. התפקיד המיועד: (סוג העיסוק, מקצוע אליו מיועד המועמד/ת / העובד/ת) _____

3. גורמי סיכון להם יהיה/תהיה המועמד/ת / העובד/ת חשוף/ה בעבודתו/ה (כימיים, ביולוגיים, פיזיקליים כגון: קרינה, הרמת משאות כבדים, רעש מזיק וכו'):

4. מקום העבודה: _____

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

5. במידה והנ"ל כבר מועסק/ת נא לפרט:

הנ"ל מועסק/ת על ידינו בתפקיד _____ מתאריך _____

6. פרטי המעביד המפנה: _____

תאריך _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ תפקיד המפנה _____

חלק ח': (חלק זה ימולא לאחר מילוי שאר חלקי השאלון)

לשימוש הרופא התעסוקתי

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

2. לאשר התאמה.

3. הערות: _____

תאריך _____ פרטי הרופא התעסוקתי _____ מרפאה _____ חתימה _____

הסבר לשימוש בטופס:

חלק א - ימולא ע"י המעסיק שיקפיד למלא כלל הנתונים הנוגעים לעבודתו של המועמד/העובד. אם לא צוינה כתובת המרפאה התעסוקתית, יציינה המעסיק בראש חלק א. המעסיק ימסור הטופס למועמד וינחה אותו למלאו שלא בנוכחות המעסיק ו/או מי מטעמו, ולהעבירו בגמר המילוי ע"י המועמד ישירות למרפאה התעסוקתית.

חלקים ב, ג, ד, ה - ימולאו במלואם על ידי המועמד/העובד בכתב יד ברור וקריא **שלא** בנוכחות המעסיק ו/או מי מטעמו. ההצהרות בחלק ג, ז - יחתמו על ידי המועמד/העובד תוך ציון השם המלא (פרטי ומשפחה), תאריך וחתימה. הטופס בשלב זה ישלח **על ידי המועמד/העובד** למרפאה התעסוקתית שכתובתה מצוינת בחלק א, או ימסר ע"י המועמד/העובד ישירות למרפאת שירותי בריאות כללית הקרובה, כאשר על המעטפה יצויין - "רפואי סודי". בתום התהליך יעביר הרופא התעסוקתי למעסיק ולמועמד, בכתב, את מסקנתו בדבר התאמת המועמד/העובד לעבודתו. הפרטים הרפואיים הנמסרים ע"י המועמד/העובד חסויים, והכל בכפוף לויתורו על סודיות רפואית, כמופיע בחלק ז'. כל מונח בטופס המתייחס בלשון זכר, הכוונה הנה גם בלשון נקבה וההפך.

חלק ב:

פרטים אישיים והצהרה על מצב הבריאות של המועמד לעבודה / העובד (ימולא על ידי המועמד/העובד, רצוי באותיות דפוס וישלח ישירות למרפאה התעסוקתית)

1. פרטים אישיים של המועמד/העובד:

שם משפחה	שם פרטי	זכר	נקבה	מספר זהות ס"ב	תאריך לידה
מקצוע / תאור תפקידו בפועל					
כתובת המגורים: רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
שם הרופא המטפל	כתובת מרפאתו	קופ"ח: 1. כללית 2. מאוחדת	טלפון		

2. שאלות כלליות: השב על כל אחת מהשאלות ע"י סימון התשובה המתאימה בעיגול. פרט במקרים המתאימים

- 2.1 האם אושפזת בבי"ח או מוסד רפואי כל שהוא (למעט אשפוז לצורך לידה) בעשר השנים האחרונות?
 אם כן - פרט היכן, מת, סיבת האשפוז, הטיפולים שעברת במהלך האשפוז והשפעת המקרה על מצב בריאותך כיום.
 לא כן
- 2.2 האם אי פעם נותחת או הוזמנת לניתוח, בדיקות/טיפולים פולשניים? אם כן - פרט מת, סוג ניתוח, בדיקות, באיזה בי"ח, השפעת הניתוח/ בדיקות על בריאותך, כעת ובעתיד.
 לא כן
- 2.3 האם נבדקת בשנתיים האחרונות על ידי רופא/רופאים/מומחים? אם כן - פרט שם הרופא/ים, התמחותם, הסיבה לפניה אליהם, המלצותיהם, הטיפול שעברת ותוצאותיו.
 לא כן
- האם נבדקת ע"י רופא תעסוקתי לצורך כניסה לעבודה, כושר עבודה או בדיקת פיקוח?
 אם כן - ציין שם המרפאה שנבדקת _____ איזה קופה _____ שנת הבדיקה _____
 לא כן
- 2.4 האם אי פעם הגשת בקשה לביטוח לחברת ביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות בגין מצב בריאותך?
 אם כן - פרט מדוע הצעתך נדחתה ו/או הוגבלת.
 לא כן
- 2.5 האם הנך חולה כעת במחלה כלשהי, או שידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי? (ליקוי, מום, בעיה רפואית, כאבים, מיחושים, הפרעות גופניות ונפשיות). אם כן - פרט:
 לא כן
- 2.6 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע?
 אם כן - פרט שם התרופה ומינונה (נבקשך לרשום שם התרופה בלועזית באותיות דפוס):
 לא כן
- 2.7 האם נפגעת בתאונה כלשהי? אם כן - פרט מתי נפגעת ומה הן תוצאות הפגיעה?
 לא כן

2.8 האם הנך חש עצמך בריא בהחלט ובעל כושר מלא לעבודה המוצעת לך? אם לא - פרט: **כן** **לא**

2.9 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 ולאיזה תקופה? **כן** **לא**

חלק ג - שאלות מפורטות על תחלואה וסימני תחלואה:

(סמן X במשבצת המתאימה). אם התשובה היא כן הקף המחלה או סימניה בעיגול ופרט 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)	כן	לא	האם הנך סובל או האם סבלת בעבר מהמחלות או מסימני המחלות הבאים?
						1. כאבי ראש כרוניים, מחלות המוח, מחלות עצבים, אפילפסיה, שיתוקים, סחרחורת 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, לחצים או כאבים או לחץ בחזה, לחץ דם גבוה, נפיחות הרגליים, כאבי שוקיים בהליכה, התקף לב מסוג כלשהו?
						4. הפרעות בבליעה, צרבת, כיב קיבה או התרסריון, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כיס מרה, הכבד, הקאה חוזרת, דם סמוי בצואה, צהבת נגיפית מסוג A,B,C? האם הנך נשא של צהבת נגיפית?
						5. מחלות מין, "איידס", או האם הנך נשא של איידס?
						6. מחלות עיניים, הפרעות ראייה, מחלות אף, אוזן, גרון, מערות האף (סינוסיטיס), ירידה בכושר השמיעה, צרידות כרונית?
						7. רגישות יתר (אלרגיה) כולל לתרופות, סוגי מזונות וגורמים מגרים אחרים?
						8. מחלות או זיהומים בדרכי השתן, אבנים בכליות או בדרכי השתן, דם סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה, הפרעות במתן השתן?
						9. מחלות עור, פצע שאיננו מתרפא, שינויים בנקודות חן או יבלות, התקשות בשד או התקשויות כלשהן, גידול שפיר או סרטני, רגישות לקרינת השמש?
						10. מחלות חילוף חומרים או בלוטות, סוכרת, שומנים בדם, מחלות בלוטת המגן, או שגדון (gout)?
						11. דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, מגבלות בתנועת הגפיים (ידיים ורגליים), מחלות של עצמות?
						12. שבר (הרניה), אנמיה, הפרעות קרישה או המוליזה, פוליציטמיה, המופיליה?
						13. מחלות גב או כאבי גב, כאבי צוואר, מוגבלות בתנועה והפעלת עמוד השדרה, הפרעות בתנועה?
						14. הפרעות אחרות שמקורן במחלות אחרות שלא פורטו לעיל, או מגבלות בריאותיות אחרות?

כתב ויתור על סודיות רפואית

רפואה תעסוקתית (ימולא ע"י המועמד לעבודה / עובד)

הואיל ובהתאם לדין נדרשת הערכה רפואית בדבר כושרי לבצע עבודתי, והואיל ולצורך מתן הערכה זו, יתכן ויידרש לרופא התעסוקתי מידע רפואי נוסף אודותי, אני החתום מטה מצהיר/ה כדלקמן:

אני מתחייב למסור לרופאים ולכל המטפלים הפרא-רפואיים אשר יבדקו אותי, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה, פגיעה ומום שחליתי ו/או נפגעתי בהם בעבר ושאני חולה בהם כיום, מבלי להעלים דבר.

אני נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי, לרבות קופות חולים, רופאיהן ועובדיהן ו/או כל מוסד רפואי אחר, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי (להלן: "מוסרי המידע") למסור לשירותי בריאות כללית ו/או לרופא

תעסוקתי (להלן: "כללית") את כל הפרטים המצויים בידי מוסרי המידע, באופן שידרש על ידי כללית, על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי, לרבות אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, כל מידע על מום ו/או פגיעה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, וכל טיפול רפואי ושיקומי שקיבלתי, מועדי מתן הטיפול והאבחנות המתייחסות אלי, וכן כל מידע רפואי כאמור ו/או בנוסף המתייחס אלי והאגור במאגרי המידע של מוסרי המידע, לרבות רשימת הרופאים שטיפלו בי.

אני מרשה בזה לכללית למסור:

למעסיקי, למפקח העבודה האזורי (ולגורמי רפואה- ככל שיהיה בכך צורך כדי לגבש את ההערכה הנדרשת) את פירוט מצב בריאותי או הטיפול הרפואי, באם וככל שיש בכך צורך על פי שיקול דעתו של הרופא התעסוקתי, ככל שהם מתייחסים ליכולתי, מבחינה רפואית, לבצע תפקידי בעבודתי, וכן לגבי השפעת עבודתי הנוכחית או הקודמת או עבודתי בעתיד, על בריאותי. לא יהיו לי כל טענות או תביעות כלשהן למוסרי המידע ו/או לשירותי בריאות כללית ו/או לרופאיה ו/או למי מעובדיה ו/או הפועלים מטעמה, בקשר למסירת פירוט העובדות הנ"ל או המסקנות המבוססות עליהן.

א. פרטי הח"מ:

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות ס"ב
רחוב	מס' בית	יישוב
מען פרטי		

תאריך

מקום חתימה

חתימה

ב. פרטי העד/ה לחתימה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות ס"ב
רחוב	מס' בית	יישוב
מען פרטי		

חתימה

הפניה לבחינת התאמתו של מועמד/עובד לעבודתו והצהרת בריאות של המועמד/העובד

חלק ט'

לכבוד _____
מנהל כח אדם _____
מפעל _____
כתובת המפעל _____
שלום רב,

הנדון: תשובת רופא תעסוקתי

הננו להודיעכם כי בתאריך _____ בדקתי את הצהרת הבריאות של :
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת. זהות _____
המועמד/ת לקבלה לעבודה בתפקיד _____
לאחר עיון בהצהרת בריאות מתאריך _____ מצאתי כי הנבדק/ת מתאים/ה לתפקיד המוצע.
הערות: _____

חותמת המחלקה _____ שם הרופא _____ חתימת הרופא בודק ההצהרה _____