

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

1

חלק א' - הפניה לבחינת התאמה (ימולא על ידי המעסיק)

ד"ר נכבד,

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

פרטי המועמד/העובד

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות

התפקיד המיועד (סוג העיסוק, מקצוע אליו מיועד המועמד/העובד):

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

פרטי מקום העבודה

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

במידה והנ"ל כבר מועסק נא לפרט:

הנ"ל מועסק על ידינו בתפקיד: _____ מתאריך: _____

פרטי המפנה

תאריך	תפקיד המפנה	שם משפחה	שם פרטי

2

החלטות הרופא (לשימוש הרופא התעסוקתי)

החלטות:

1. לזמן את המועמד/העובד לבדיקות נוספות: _____

2. לאשר התאמה

3. הערות: _____

תאריך	חתימה	מרפאה	פרטי הרופא התעסוקתי
	x		

הסבר לשימוש הטופס

חלק א: ימולא ע"י המעסיק שיקפיד למלא כלל הנתונים הנוגעים לעבודתו של המועמד / העובד. אם לא צויינה 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 תעסוקתית.

חלק ב', ג', ד, ה': ימולאו במלואם ע"י המועמד / העובד בכתב יד ברור וקריא שלא בנוכחות המעסיק ו/או מי מטעמו.

ההצהרות בחלק ו, ז': יחתמו ע"י המועמד / העובד תוך ציון השם המלא (פרטי ומשפחה), תאריך וחתימה.

הטופס בשלב זה יישלח ע"י המועמד / העובד למרפאה התעסוקתית שכתובתה מצויינת בחלק א' או ימסר ע"י המועמד / העובד ישירות למרפאת חולים לאומית, 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 לזיתורו 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 ע"י המועמד / העובד, רצוי באותיות דפוס וישלח ישירות למרפאה התעסוקתית)

פרטים אישיים של המועמד / העובד					
שם מלא		מין	תאריך לידה		תעודת זהות
		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
מקצוע / תיאור תפקידו בפועל:					
רחוב	בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר נייד
פרטי הרופא המטפל					
שם הרופא המטפל		כתובת מרפאתו		מספר טלפון	

שאלות כלליות (השב על כל אחת מהשאלות ע"י סימון התשובה המתאימה, פרט במקרים המתאימים)

<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	1. האם אושפזת בבי"ח או מוסד רפואי כלשהו (למעט אשפוז לצורך לידה) בעשר השנים הקרובות? אם כן פרט היכן, מתי, סיבת אשפוז, הטיפולים שעברת במהלך האשפוז והשפעת המקרה על מצב בריאותך כיום:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	2. האם אי פעם נותחת או הוזמנת לניתוח, בדיקות / טיפולים פולשניים? אם כן פרט מתי, סוג הניתוח, בדיקות, באיזה בי"ח, השפעת הניתוח / בדיקות על בריאותך, כעת ובעתיד:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא / רופאים / מומחים? אם כן פרט שם הרופא/ים, התמחותם, הסיבה לפניה אליהם, המלצותיהם, הטיפול שעברת ותוצאותיו:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	4. האם אי פעם הגשת בקשה לביטוח לחברה לביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות בגין מצב בריאות? אם כן פרט מדוע הצעתך נדחתה ו/או הוגבלת:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	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:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	6. האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע? אם כן פרט שם התרופה ומינונה (נבקשך לרשום שם התרופה בלועזית באותיות דפוס):
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	7. האם נפגעת בתאונה כלשהי? אם כן פרט מתי נפגעת ומה הן תוצאות הפגיעה:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	8. האם הנך חש עצמך בריא בהחלט ובעל כושר מלא לעבודה המוצעת לך? אם לא, פרט:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	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?

חלק ג- שאלות מפורטות על 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 הופיע לראשונה? (תאריך)	המחלה / ההפרעה	לא	כן	האם הינך סובל או האם סבלת בעבר מהמחלות או מסימני המחלות הבאים?
						1. כאבי ראש כרוניים, מחלות המוח, 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 ריאות חוזרות, ברונכיטיס כרונית, אנפיזמה, מחלות קרום הריאה, יריקת דם?
						3. מחלות לב וכלי דם, דפיקות לב או הפרעות בקצב הלב, לחצים או כאבים או לחץ על החזה, לחץ דם גבוה, נפיחות ברגליים, כאבי שוקיים בהליכה, התקף לב מסוג כלשהו?
						4. הפרעות בבליעה, צרבת, כיב קיבה או התריסריון, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כיס מרה, הכבד, הקאה חוזרת, דם סמוי בצואה, צהבת נגיפית מסוג A.B.C?
						5. מחלות מין, "איידס", או האם הינך נשא "איידס"?
						6. מחלות עיניים, הפרעות ראייה, מחלות אף, אוזן, גרון, מערות האם (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 שאינו מתרפא, שינויים בנקודות חן או יבלות, התקשות בשד או התקשויות כלשהן, גידול שפיר או סרטני, רגישות לקרינת שמש?
						10. מחלות חילוף חומרים או בלוטות, סוכרת, שומנים בדם, מחלות בלוטת המגן, או שגדון (goun)?
						11. דלקות פרקים, ראומוטיזם, ארטיטיס, 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?

