

## הפניה לברינת התאמתו/ה של מועמד/ת / עובד/ת לעבודתו/ה והצגרת בריאות של המועמד/ת / עובד/ת

לאחר מילוי הפרטים בשאלון יש לשלוח אותו בדואר אל:  
**שירותי בריאות כללית**  
**מרפאה תעסוקתית**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**חלק א': (סולא ע"י המעסיק)**

ד"ר נכבד/ה,  
 אבקשך לבחון התאמתו הרפואית של המועמד/ת לעבודה / העובד/ת לעבודתו/ה ולהודיעני מסקנתכס.

שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

1. פרטי המועמד/ת / העובד/ת:

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:

חאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תפקיד המפנה \_\_\_\_\_

**חלק ב': (חלק זה יסולא לאחר מילוי שאר חלקי השאלון)**

### לשימוש הרופא התעסוקתי

1. לחמן את המועמד/ת / העובד/ת לבדיקות נוספות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. לאשר התאמה.

3. הערות:

חאריך \_\_\_\_\_ פרטי הרופא התעסוקתי \_\_\_\_\_ מרפאה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**הסבר לשימוש בטופס:**

חלק א - ימולא ע"י המעסיק/על ידי למלא כלל הנתונים המוגעים לעבודתו של המועמד/העובד, אם לא צינה כתובת המרפאה המעסיקתו.  
 יצינה המעסיק בראש חלק א המעסיק ימסר הטופס למועמד ויחיה אותו למלאו שלא בנכחות המעסיק ו/או מי מטעמו, ולהעבירו במר המילוי ע"י המועמד ישירות למרפאה התעסוקתית.  
 חלקים ב, ג, ד, ה - ימולאו במלואם על ידי המועמד/העובד בכתב יד ברור וקריא שלא בנכחות המעסיק ו/או מי מטעמו. ההצטרות בחלק ג - יחתמו על ידי המועמד/העובד תוך ציין השם המלא (פרטי ומשפחה), תאריך נחתמה הטופס בשלב זה ישלח על ידי המועמד/העובד למרפאה התעסוקתית שכתובתה מציינת בחלק א, או ימסר ע"י המועמד/העובד ישירות למרפאה המרפאה בריאות כללית הקרובה, כאשר על המעספה ציין "רפואה סודי".  
 בתום התהליך יעביר הרופא התעסוקתי למעסיק/למועמד, בכתב, את מסקנתו בדבר היעדר/היעדר המועמד/העובד לעבודה. הפרטים הרפואיים המסורים ע"י המועמד/העובד חסויים, וכל נכפוף לדתורו על סודיות רפואית, כמופיע בחלק ד. כל מצב בטופס המתייחס בלשון זכר, הטונה זנה 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 סיב	תאריך לידה
מקצוע / תפקיד בפועל					
כתובת המגורים רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
שם הרופא המטפל	כתובת מרפאתו	קופ"ת: 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, מתי, סיבת האשפוז, הטיפולים שעברת במהלך האשפוז והשפעת המקרה על מצב בריאותך כיום.  
 כן      לא

---

- 2.2 האם אי פעם נותרת או הוזמנת לניתוח, בדיקות/טיפולים פולשניים? אם כן - פרט מתי, טוג ניתוח, בדיקות, כאיזה בי"ח, השפעת הניתוח/ בדיקות על בריאותך, כעת ובעתיד.  
 כן      לא

---

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

---

- האם נבדקת ע"י רופא תעסוקתי לצורך כניסה לעבודה, כושר עבודה או בדיקת פיקוח?  
 אם כן - ציין שם המרפאה שנבדקת      איזה קופה      שנת הבדיקה  
 כן      לא

---

- 2.4 האם אי פעם הגשת בקשה לביטוח לחברת ביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות כגון מצב בריאותי?  
 אם כן - פרט מדוע הצעתך נדחתה ו/או הוגבלת.  
 כן      לא

---

- 2.5 האם הנך חולה כעת במחלה כלשהי, או שידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי? (ליקוי, מום, בעיה רפואית, כאבים, מיוחשים, הפרעות גופניות ונפשיות). אם כן - פרט:  
 כן      לא

---

- 2.6 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע?  
 אם כן - פרט שם התרופה ומינונה (ובקשך לרשום שם התרופה בלועזית באותיות דפוס):  
 כן      לא

---

- 2.7 האם נפגעת בתאונה כלשהי? אם כן - פרט מתי נפגעת ומה הן תוצאות הפגיעה?  
 כן      לא

2.8 האם הנך חש עצמך כריא 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? לאיזה 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 גתונים, אם חסר לך מקום לרישום הפרטים יש להוסיף דף ולצרפו להפניה זו.

האם הנך סובל או האם סבלת בעבר מהמחלות או מסימני המחלות הבאים?	כן	לא	המחלה/ הפרעה (תאריך)	מתי הופיעה לראשונה?	כמה זמן נמשכה?	פרטים נוספים טלל שם הרופא או המוסד המטפל
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, אמפיוזמה, 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, התקפי לב מסוג כלשהו?						
4. הפרעות בבליעה, צרבת, כיב קיבה או התרסריון, מחלות מעיים, דימום מרקי העיכול, מחלות כיס מרה, הכבד, הקאה חוזרת, דם סמוי בצואה, צהבת נגיפית מסוג A,B,C?						
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 התקשות 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. שכר (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?						

ט' תשל"ג חלק ג' הנוכחי

## חלק ד - היסטוריה תעסוקתית:

פרט את מקומות העבודה בהם עבדת בעבר (מקומות תעסוקה הן כשכיר והן כעצמאי):

משנה	עד שנה	מקום העבודה (החברה)	תחום העיסוק	תפקידי היה	הערות

## חלק ה:

הערות נוספות שכרצוני לציין בנוגע למצב בריאותי וכושרי לתפקיד:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 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 כסיס המידע שמסרתי בטופס זה, יחליט הרופא על מידת התאמתני לעבודתי וכמקרה ותשובותיי אינן נכונות, מדויקות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר, הריני עלול לסכן את בריאותי ו/או את בריאותם של אנשים אחרים.
- ידוע לי, שיתכן ואדרש על פי שיקול דעתו של רופא תעסוקתי, לעבור בדיקוח רפואית לכחינת מידת התאמתני הרפואית לעבודתי ואני מתחייב להתייצב לכדיקוח, אם וכאשר אוזמן לכדיקות הנ"ל, במקום ובמועד שיקבע על ידכם.

חתימת המועמד לעבודה / העובד

שם מלא של החותם

תאריך

**ויתור על סודיות רפואית**  
(ימולא על ידי המועמד לעבודה / העובד)

הואיל ו \_\_\_\_\_ פרטי המעביד / המוסד המפנה דורש חוות דעת רפואית על כושרי לבצע עבודתי והואיל

ולצורך מתן חוות דעת זו, יתכן וידרש לרופא התעסוקתי מידע רפואי נוסף אודותי, אני התחננתי/מטה מצהיר/ה כדלקמן:

אני מתחייבת/למסור לרופאים ולכל המספלים הפארא-רפואיים אשר יבדקו אותי, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה, פגיעה ומום שחליתי ו/או נפגעתי בהם בעבר ושאינה חולה בהם כיום, מבלי להעלים דבר.

אני נותנת/בה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי, לרבות קופות החולים, רופאים/עובדיהן ו/או כל מוסד רפואי אחר, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי (להלן: "מוסרי המידע") למסור לשירותי בריאות כללית ו/או לרופא התעסוקתי להלן: "המבקשים" את כל הפרטים המצויים בידי מוסרי המידע, באופן שידרש על ידי המבקשים, 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 המתאימות אלי, וכן כל מידע רפואי כאמור ו/או נוסף המתייחס אלי והאגור במאגרי המידע של מוסרי המידע, לרבות רשימת הרופאים שטיפלו בי.

אני מרשה בזה לרופא התעסוקתי, למסור: למעבידי ולמפקח העבודה האזורי, הנהלת שירותי בריאות כללית, גורמי רפואה, ביטוח ופנסיה, העשויים לטפל בתכונותי הנגובות ממצב בריאותי את פירוט מצב בריאותי או הטיפול הרפואי, באם וככל שיש בכך צורך על פי שיקול דעתי של הרופא התעסוקתי, ככל שהם מתייחסים ליכולתי, מבחינה רפואית, לבצע תפקידי בעבודתי, וכן לגבי השפעת עבודתי הנוכחית או הקודמת או עברתי בעתיד, על בריאותי.

לא יהיו לי טענות או תביעות כלשהן למוסרי המידע ו/או לשירותי בריאות כללית ו/או לרופאי ו/או למי מעובדיה ו/או הפועלים מטעמה, בקשר למסירת פירוט העבודות הנ"ל או המסקנות המבוססות עליהן.

**א. פרטי הח"מ:**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות סני	תאריך	מקום ההתימה
רחוב	מס' בית	יישוב	התימה	
מען פרטי				

**ב. פרטי העד/ה לחתימה:**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות סני	תאריך	מקום ההתימה
רחוב	מס' בית	יישוב	התימה	
מען פרטי				

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

**חלק ט'**

לכבוד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

מנהל כח אדם \_\_\_\_\_

מפעל \_\_\_\_\_ כתובת המפעל \_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: תשובת רופא תעסוקתי**

הגנו להודיעכם כי כתאריך \_\_\_\_\_ בדקתי את הצהרת הבריאות של :

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת. זהות \_\_\_\_\_

המועמד/ת לקבלה לעבודה בתפקיד \_\_\_\_\_

לאחר עיון בהצהרת בריאות מתאריך \_\_\_\_\_ מצאתי כי הנובדק/ת מתאים/ה לתפקיד המוצע.

הערות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימת הרופא בודק ההצהרה

שם הרופא

חותמת המחלקה