

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

לאחר מילוי הפרטים בשאלון יש לשלוח אותו בפקס/דוא"ל לכתובת הבאה:

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: מס' ת.ז. _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

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 _____ מס' 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

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

2. לאשר התאמה לעיסוק/מקצוע _____

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/ת העובד. 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'-ה' - ימולאו על ידי המועמד/העובד בכתב יד שלא בנוכחות המעסיק ו/או מי מטעמו.

הצהרות בחלק ו'-ז' - יחתמו על ידי המועמד/העובד תוך ציון השם המלא (פרטי ומשפחה), תאריך וחתימה. הטופס בשלב זה יישלח **על ידי המועמד/העובד** למרפאה התעסוקתית ישירות, או

יימסר ע"י המועמד/העובד ישירות למרפאת מאוחדת הקרובה, כאשר על המעטפה יצויין – "סודי-רפואי". בתום התהליך יעביר הרופא התעסוקתי למעסיק ולמועמד, בכתב, את מסקנתו בדבר התאמת המועמד/עובד 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)

1. פרטים אישיים של המועמד/העובד:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ זכר / נקבה מס' ת.ז. _____ ת.ל. _____
(הקף בעיגול)

מקצוע / תאור תפקיד בפועל _____

כתובת מגורים: רח' _____ מס' בית _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון _____ טלפון נייד _____

שם הרופא המטפל _____ כתובת (מרפאה) _____

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 אישפוז לצורך לידה) בעשר השנים האחרונות? **כן/ לא**
אם כן – פרט היכן, מתי, סיבת האישפוז, הטיפולים שעברת במהלך האישפוז והשפעת המקרה על מצב בריאותך כיום.

2.2 האם אי פעם נותחת או הוזמנת לניתוח, בדיקות/טיפולים פולשניים? אם כן – פרט מתי, סוג ניתוח, בדיקות, באיזה בי"ח, השפעת הניתוח/בדיקות על בריאותך, כעת ובעתיד (לפי חוות דעת מומחה). **כן/ לא**

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. **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 _____

2.4 האם אי פעם הגשת בקשה לביטוח לחברת ביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות בגין מצב בריאות? 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? (בעיה רפואית, ליקוי, מום, כאבים, מיחושים, הפרעות גופניות ו/או נפשיות). אם כן – פרט:

כן/ לא

2.6 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? אם כן – פרט שם התרופה ומינונה (נא רשום 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 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 חיובית - הקף המחלה או סימניה בעיגול ופרט. אם חסר מקום לרישום הפרטים יש להוסיף דף ולצרפו למסמך זה.

| 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 כולל שם הרופא, או המוסד המטפל |
|---|----|----|---------------------|---------------------|----------------|--|
| 1. כאבי ראש כרוניים, מחלות המוח, מחלות עצבים, אפילפסיה, שיתוקים, הפרעות בתחושה, סחרחורות או התעלפויות, אובדן הכרה, דיכאון, או הפרעה נפשית אחרת או התאבדות? | | | | | | |
| 2. שחפת ריאתית, אסטמה, שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, מחלות קרום הריאה, גניחת 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? | | | | | | |
| 4. הפרעות בבליעה, צרבת, כיב קיבה או תריסרון, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כיס מרה, הכבד, הקאה חוזרת, דם סמוי בצואה, חולה/נשא של צהבת נגיפית מסוג A, B, C? | | | | | | |
| 5. מחלות מין, "איידס", נשא HIV? | | | | | | |
| 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 לאחרונה, גושים בשד או באתרים אחרים, 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, מחלות של עצמות? | | | | | | |
| 12. שבר (הרניה), אנמיה, הפרעות קרישה או המוליזה, פוליציטמיה, המופיליה? | | | | | | |
| 13. מחלות גב או כאבי גב, כאבי צוואר, מגבלות בתנועה והפעלת עמוד השדרה, הפרעות בתנועה? | | | | | | |
| 14. הפרעות אחרות שמקורן במחלות אחרות שלא פורטו לעיל, או מגבלות בריאותיות אחרות? | | | | | | |

חלק ד' – היסטוריה תעסוקתית:

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

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

חלק ה':

הערות נוספות שברצוני לציין בנוגע למצב בריאותי וכשרי 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 בסיס המידע שמסרתי בטופס זה, יחליט הרופא על מידת התאמת לעבודתי ובמקרה ותשובתי 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 בדיקות רפואיות לבחינת מידת התאמת הרפואית לעבודתי ואני מתחייב להתייצב לבדיקות, אם וכאשר אוזמן לבדיקות הנ"ל, במקום ובמועד שיקבע.

חתימת המועמד לעבודה/העובד

שם מלא של החותם

ת א ר י ך

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

הואיל: _____ דורש חוות דעת רפואית על כושרי לבצע עבודתי והואיל
פרטי המעביד / המוסד המפנה

ולצורך מתן חוות דעת זו, יתכן וידרש לרופא התעסוקתי מידע רפואי נוסף אודותי, אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כדלקמן:
אני מתחייב/ת למסור לרופאים ולכל המטפלים הפארא-רפואיים אשר יבדקו אותי, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה,
פגיעה ומום שחליתי ו/או נפגעת בהם בעבר ושאיני חולה בהם כיום, מבלי להעלים דבר.

אני נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי, לרבות קופות החולים, 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 למאחדת ו/או לרופא התעסוקתי (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי
מוסדי המידע, באופן שידרש על ידי המבקשים, על מצבי הבריאות 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 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 מאוחדת, גורמי רפואה, ביטוח
ופנסיה, העשויים לטפל בזכויותי הנובעות ממצב בריאותי 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 טענות או תביעות כלשהן למוסרי המידע ו/או למאחדת 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: _____ מס' ת.ז. _____
מען פרטי: רח' _____ מס' בית _____ ישוב _____
תאריך _____ מקום החתימה _____ חתימה _____

ב. פרטי העד/ה לחתימה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' ת.ז. _____
מען פרטי: רח' _____ מס' בית _____ ישוב _____
תאריך _____ מקום החתימה _____ חתימה _____

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

חלק ט'

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

הנדון: תשובת רופא תעסוקתי

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

_____ חתימת הרופא בודק ההצהרה

_____ שם הרופא

_____ חותמת המחלקה