מכבי
בריאות זה הכול

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

אל: מכבי שירותי בריאות מרפאה תעסוקתית:

חלק א: (ימולא על ידי המעסיק)

ד"ר נכבד,

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

1 . פרטי המועמד/העובד:

מספר תעודת זהות | שם משפחה | שם פרטי

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

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

_____

4 . מקום העבודה:

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

5 . כתובת אימייל המעסיק: _____

6 . במידה והנ"ל כבר מועסק נא לפרט:

הנ"ל מועסק על ידנו בתפקיד _____ מתאריך _____

תאריך | שם פרטי | שם משפחה | תפקיד המפנה וחתימתו

חותמת מקום העבודה _____

חלק ב:

לשימוש הרופא התעסוקתי

החלטות:

1. לזמן את המועמד/העובד לבדיקות נוספות:

_____

_____

2. לאשר התאמה.

3. הערות: _____

_____

_____

תאריך | פרטי הרופא התעסוקתי | מרפאה | חתימה

מכ"ט 2001207 1/2025

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 למלא שלא בנוכחות המעסיק ו/או מי מטעמו, ולהעבירו בגמר המילוי ע"י המועמד/העובד ישירות למרפאה התעסוקתית.

חלקים ג, ד, ה, ו – ימולאו במלואם על ידי המועמד/העובד בכתב יד ברור וקריא שלא בנוכחות המעסיק ו/או מי מטעמו.

ההצהרות בחלק ז, ח – ייחתמו על ידי המועמד/העובד תוך ציון השם המלא (פרטי ומשפחה), תאריך וחתימה.

הטופס בשלב זה יישלח על ידי המועמד/העובד למרפאה התעסוקתית שכתובתה מצוינת בחלק א', או יימסר ע"י המועמד/העובד ישירות למרפאת מכבי שירותי בריאות 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 ח'.

כל מונח בטופס מתייחס בלשון זכר, הכוונה הנה גם בלשון נקבה וההפך.

חלק ג:

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 הקף בעיגול את מינך תאריך לידה _____ מספר תעודת זהות _____

מקצוע / תאור תפקידו בפועל: _____

כתובת מגורים:

רחוב _____ בית _____ יישוב _____ מיקוד _____ טלפון _____ טלפון נייד _____

שם הרופא המטפל _____ כתובת מרפאתו _____ טלפון _____

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

2.1 האם הנך חש עצמך בריא בהחלט, ובעל כושר מלא לעבודה המוצעת לך? אם לא – פרט: **כן** **לא**

_____

2.2 האם אושפזת בב"יח 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**

_____

2.3 האם אי פעם נותחת או הוזמנת לניתוח, בדיקות / טיפולים פולשניים?
אם כן – פרט מתי, סוג ניתוח, השפעת הניתוח / בדיקות על בריאותך כעת ובעתיד. **כן** **לא**

_____

2.4 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**

_____

2.5 האם אי פעם הגשת בקשה לחברת ביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות בגין מצב בריאות?
אם כן – פרט מדוע הצעתך נדחתה ו/או הוגבלת. **כן** **לא**

_____

2.6 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. **כן** **לא**

_____

2.7 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע?
אם כן – פרט שם התרופה ומינונה (נבקשך לרשום שם התרופה בלועזית באותיות דפוס): **כן** **לא**

_____

2.8 האם נפגעת בתאונה כלשהי? אם כן – פרט מתי נפגעת ומה הן תוצאות הפגיעה? **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 ד: 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.

האם הנך סובל או האם סבלת בעבר מהמחלות או מסימני המחלות הבאים?	כן	לא	המחלה/ הפרעה	מתי הופיעה לראשונה? (תאריך)	כמה זמן נמשכה?	פרטים נוספים כולל שם הרופא או המוסד המטפל
1. מחלות גב או כאבי גב, כאבי צואר, מוגבלות בתנועה והפעלת עמוד השדרה, הפרעות בתנועה?						
2. דיכאון, או הפרעה נפשית אחרת או ניסיון התאבדות? (פרט תרופות)						
3. שחפת ריאתית, אסטמה, שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, מחלות קרום הריאה, יריקת דם?						
4. 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?						
5. כאבי ראש כרוניים, מחלות המוח, מחלות עצבים, שיתוקים, סחרחורות או התעלפויות, אפילפסיה, הפרעות בתחושה, אובדן הכרה?						
6. 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?						
7. מחלות מין, "איידס", או האם הנך נשא של "איידס" (HIV)?						
8. מחלות עיניים, הפרעות ראיה, מחלות אף, אוזן, גרון, מערות האף (סינוסיטיס), ירידה בכושר השמיעה, צרידות כרונית?						
9. רגישות יתר (אלרגיה) כולל לתרופות, סוגי מזונות וגורמים מגרים אחרים?						
10. מחלות או זיהומים בדרכי השתן, אבנים בכליות או בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה, הפרעות במתן השתן?						
11. מחלות עור, פצע שאיננו מתרפא, שינויים בנקודות חן או יבלות, התקשות בשד או התקשויות כלשהן, גידול שפיר או סרטני, רגישות לקרינת השמש?						
12. מחלות חילוף חומרים או בלוטות, סוכרת, שומנים בדם, מחלות בלוטת המגן או שגדון (gout)?						
13. דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, מגבלות בתנועת הגפיים (ידיים ורגליים), מחלות של עצמות?						
14. שבר (הרניה), אנמיה, הפרעות קרישה או המוליזה, פוליציטמיה, המופיליה?						
15. הפרעות אחרות שמקורן במחלות אחרות שלא פורטו לעיל, או מגבלות בריאותיות אחרות?						

חלק ה:

הערות נוספות שברצוני לציין בנוגע למצב בריאותי וכושרי לתפקיד:

חלק ו: 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 ז:

הצהרת המועמד לעבודה / העובד

(ימולא על ידי המועמד לעבודה/העובד)

אני הח"מ, המועמד לעבודה / העובד מצהיר בזה:

1. שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות, מדויקות ומלאות ושלא העלמתי דבר.
2. ידוע לי שעל בסיס המידע שמסרתי בטופס זה, יחליט הרופא על מידת התאמתי לעבודתי ובמקרה ותשובותיי אינן נכונות, מדויקות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר, הריני עלול לסכן את בריאותי ו/או את בריאותם של אנשים אחרים.
3. ידוע לי, שיתכן ואדרש על פי שיקול דעתו של רופא תעסוקתי, לעבור בדיקות רפואיות לבחינת מידת התאמתי הרפואית לעבודתי ואני מתחייב להתייצב לבדיקות, אם וכאשר אוזמן לבדיקות הנ"ל, במקום ובמועד שיקבע על ידכם.

תאריך	שם מלא של החותם	חתימת המועמד לעבודה / העובד

חלק ח:

הצהרת ויתור על סודיות רפואית

לפי תקנות מס מקביל (שירותי בריאות בעבודה) תשל"ג-1973

(ימולא ע"י המועמד לעבודה / העובד)

הואיל ופניתי לבדיקה במרפאה התעסוקתית או לחילופין הואיל ו- _____ הפנה אותי להתייעצות במרפאתכם.

(פרטי מעביד / מוסד מפנה)

אני מרשה בזה לרופא הבודק במרפאה התעסוקתית, או לכל רופא אחר אשר טיפל או שיטפל בי, במסגרת המרפאה התעסוקתית, למסור:

- להנהלת קופת החולים.
- למעבידי ולמפקח עבודה אזורי.

את פירוט מצב בריאותי או הטיפול הרפואי ביחס ליכולתי, מבחינה רפואית, לבצע תפקידי בעבודה, וכן לגבי השפעת עבודתי הנוכחית או הקודמת או עבודתי בעתיד, על בריאותי.

לא יהיו לי טענות או תביעות כלשהן לקופת חולים או לרופאיה בקשר למסירת פירוט העובדות הנ"ל או המסקנות המבוססות עליהן.

תאריך	שם משפחה ושם פרטי	מס' ת.ז.	חתימת העובד

שנת לידה	מקצוע	טלפון	כתובת מגורים

שם וכתובת מקום העבודה	טלפון של המעסיק	דוא"ל של המעסיק