

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח? יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



הפניה לבהינת התאמת מועמד/ת או עובד/ת לעבודתו/ה והצהרת בריאות של המועמד/ת או העובד/ת

אל: **מכבי שירותי בריאות**, מרפאה תעסוקתית במרכז הרפואי: _____

חלק א: בקשת המעסיק/ה (ימולא על ידי המעסיק/ה)

ד"ר נכבד/ה,

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

1. פרטי המועמד/ת או העובד/ת:

| שם משפחה: | שם פרטי: | מס' תעודת זהות (9 ספרות): | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

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

3. גורמי סיכון להם/ת/יהיה המועמד/ת או העובד/ת השוף/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: _____

| תפקיד המפנה: | שם פרטי: | שם משפחה: | התימה: | תאריך: |
|--------------|----------|-----------|--------|--------|
| | | | | |

חלק ח: לשימוש הרופא התעסוקתי

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

2. לאשר התאמה.

3. הערות:

| תאריך: | פרטי הרופא התעסוקתי: | מרפאה: | התימה: |
|--------|----------------------|--------|--------|
| | | | |

הסבר לשימוש בטופס

חלק א - ימולא על ידי המעסיק שיקפיד למלא כלל הנתונים הנוגעים לעבודתו של המועמד/ת או העובד/ת. 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/ת או העובד/ת בכתב יד ברור וקריא שלא בנוכחות המעסיק ו/או מי מטעמו.

הצהרות בחלק ו,ז - ייחתמו על ידי המועמד/ת או העובד/ת תוך ציון השם המלא (פרטי ומשפחה), תאריך וחתימה. הטופס בשלב זה ישלח על ידי המועמד/ת או העובד/ת למרפאה התעסוקתית שכתובתה מצויינת בחלק א', או יימסר ע"י המועמד/ת או העובד/ת ישירות למרפאת מכבי שירותי בריאות הקרובה, כאשר על המעטפה יצויין - "רפואי סודי". בתום התהליך יעביר הרופא התעסוקתי למעסיק ולמועמד/ת, בכתב, את מסקנתו בדבר התאמת המועמד/ת או העובד/ת לעבודתו. הפרטים הרפואיים הנמסרים על ידי המועמד/ת או העובד/ת חסויים, והכל בכפוף לויתורו/ה על סודיות רפואית, כמופיע בחלק ז'. כל מונח בטופס המתייחס בלשון זכר, הכוונה גם בלשון נקבה וההפך.

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

1. פרטים אישיים של המועמד/ת או העובד/ת:

| שם משפחה: | שם פרטי: | מס' תעודת זהות (9 ספרות): | תאריך לידה: | מין: |
|-----------|----------|---------------------------|-------------|------|
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ □ | | ג ז |

מקצוע / תאור תפקיד בפועל:

כתובת:

| רחוב: | מס' בית: | יישוב: | מיקוד: | טלפון: | טלפון נייד: |
|-------|----------|--------|--------|--------|-------------|
| | | | | | |

הרופא/ה המטפל/ת:

| שם הרופא/ה המטפל/ת: | כתובת המרפאה: | טלפון: |
|---------------------|---------------|--------|
| | | |

2. שאלות כלליות:

השבי/ על כל אחת מהשאלות על ידי סימון התשובה המתאימה. פרט/י במקרים המתאימים

| | | |
|----|----|--|
| לא | כן | 1. האם אושפזת בבי"ח או מוסד רפואי כלשהו (למעט אשפוז לצורך לידה) בעשר השנים האחרונות? אם כן - פרט/י היכן, מתי, סיבת האשפוז, הטיפולים שעברת במהלך האשפוז והשפעת המקרה על מצב בריאותך כיום: |
| לא | כן | 2. האם אי פעם נותחת או הוזמנת לניתוח, בדיקות/ טיפולים פולשניים? אם כן - פרט/י מתי, סוג ניתוח, בדיקות, באיזה בי"ח, השפעת הניתוח/בדיקות על בריאותך, כעת ובעתיד: |

3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא/רופאים/מומחים? אם כן - פרטי/שם הרופא/ים, התמחותם, הסיבה לפניה אליהם, המלצותיהם, הטיפול שעברת ותוצאותיו
4. האם אי פעם הגשת בקשה לביטוח לחברת ביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות בגין מצב בריאות? אם כן - פרטי/מדוע הצעתך נדחתה ו/או הוגבלת
5. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהי, או שידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי? (ליקוי, מום, בעיה רפואית, כאבים, מיחוסים, הפרעות גופניות ונפשיות). אם כן - פרטי/:
6. האם הנך נוטל/ת תרופות באופן קבוע? אם כן - פרטי/שם התרופה ומינונה (נבקשך לרשום שם התרופה בלועזית באותיות דפוס)
7. האם נפגעת בתאונה כלשהי? אם כן - פרטי/ מתי נפגעת ומה הן תוצאות הפגיעה _____
8. האם הנך חש/ה עצמך בריא/ה בהחלט ובעל/ת כושר מלא לעבודה המוצעת לך? אם לא - פרטי/:
9. האם הגשת בעבר תביעה להכרה בנכות? האם הוכרת כנכה? אם כן - פרטי/ 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 וסימני תחלואה (ימולא על ידי המועמד/ת לעבודה או העובד/ת)

סמון/י X במשבצת המתאימה. אם התשובה היא כן הקף/י המחלה או סימניה בעיגול ופרטי/ הנתונים. אם חסר לך מקום לרישום הפרטים יש להוסיף דף ולצרפו להפניה זו.

| האם הנך סובל/ת 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. 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 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? | | | | | | |

חלק ה: הערות נוספות (ימולא על ידי המועמד/ת לעבודה או העובד/ת)

הערות נוספות שברצוני לציין בנוגע למצב בריאותי וכשרי לתפקיד:

חלק ו: הצהרת המועמד/ת לעבודה או העובד/ת (ימולא על ידי המועמד/ת לעבודה או העובד/ת)

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

1. שכל תשובתי הנ"ל הן נכונות, מדויקות ומלאות ושלא העלמתי דבר.
2. ידוע לי שעל בסיס המידע שמסרתי בטופס זה, יחליט הרופא על מידת התאמותי לעבודתי ובמקרה ותשובותיי אינו 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 התאמותי הרפואית לעבודתי ואני מתחייב/ת להתייצב לבדיקות, אם וכאשר אוזמן לבדיקות הנ"ל, במקום ובמועד שיקבע על ידכם.

| תאריך: | שם מלא: | חתימת המועמד/ת או העובד/ת: |
|--------|---------|----------------------------|
| | | |

חלק ז: ויתור על סודיות רפואית (ימולא על ידי המועמד/ת לעבודה או העובד/ת)

הואיל ו _____ (פרטי המעסיק) דורש חוות דעת רפואית על כושרי לבצע עבודתי והואיל ולצורך מתן חוות דעת זו, יתכן וידרש לרופא התעסוקתי מידע רפואי נוסף אודותי, הנני מצהיר/ה כדלקמן:

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 למכבי שירותי בריאות 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 המתייחסות אלי, וכן כל מידע רפואי כאמור ו/או נוסף המתייחס אלי והאגור במואגרי המידע של מוסרי המידע, לרבות רשימת הרופאים שטיפלו בי.

אני מרשה בזה לרופא התעסוקתי, למסור למעבידי ולמפקח עבודה אזורי 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 למכבי שרותי בריאות ו/או לרופאיה ו/או למי מעובדיה ו/או הפועלים מטעמה, בקשר למסירת פירוט העובדות הנ"ל או המסקנות המבוססות עליהן.

| תאריך: | שם מלא: | חתימת המועמד/ת או העובד/ת: |
|--------|---------|----------------------------|
| | | |