



מדינת ישראל

בדיקת כשירות רפואית של מועמד/ת לתפקיד מוצע בשירות המדינה

סודי: לשימוש והחזקה בלעדיים של רופאים/ות שירות המדינה
הטפסים ישלחו ללשכת הבריאות המחוזית במעטפה סגורה ומסומנת "סודי"

א. פרטי המשרד והמשרה (חלקים א, ב, ד - למילוי ע"י המשרד)

שם המשרד	שם היחידה
משרד ראש הממשלה	
כתובת היחידה	שם נציג/ת המשרד אליו/ה יש להחזיר את הטופס ומתבתו
ת.ד. 17146 תל-אביב, 61171	אגף משאבי אנוש/ מחלקת פרט
שם התפקיד	חלקיות המשרה
עובד מקצועי	תאריך התחלת העבודה
המסלול הפנסיוני המוצע לעובד/ת	שנה חודש יום
☐ פנסיה תקציבית ☒ פנסיה צוברת ☐ אחר, פרט	

ב. פרטים אישיים של המועמד/ת

שם משפחה	שם פרטי	שם האב
זכר ☒ נקבה ☐	תאריך עלייה	מספר זהות
	שנה חודש יום	ס"ב
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום
כתובת	דואר אלקטרוני	טלפון קווי/נייד

ג. הצהרת המועמד/ת

1. הנני מתחייב/ת בזה למסור לרופא/ה שירות המדינה, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים בעבר ובהווה. ברור לי כי מסירת ידיעות בלתי נכונות או העלמת מחלות קודמות וליקויי בריאות משחררים את מדינת ישראל מאחריות כלשהי כלפי וכלפי שאירי, ובעקבותיהן אני עלולה להיות צפויה למאסר או לקנס וכן להפסקת עבודתי, ללא פיצויים או הטבות פרישה אחרות.		
2. הנני מסכים/ה באופן בלתי חוזר שכל אדם או מוסד אשר מצוי בידו מידע ביחס למצבי הרפואי במועד החתימה על כתב ויתור זה, או בתקופה שקדמה לו, ימסור מידע זה - בין בכתב ובין בכל דרך אחרת - לרופא/ה שירות המדינה או לוועדה הרפואית המוסמכים על-פי חוק לבדוק את הכושר הרפואי שלי, לצורך קבלתי או מינויי לשירות, או לצורך ביצועו של חוק שירות המדינה (גמלאות) (נוסח משולב), התש"ל-1970.		
ידוע לי כי לא ייעשה שימוש בויתור שניתן על-ידי כאמור אלא בידי אדם שחלה עליו על-פי חוק, חובת השמירה על סודיות המידע הרפואי.		
3. בתנאי שהמדינה ועובדיה יהיו רשאים להשתמש במידע האמור לצרכיה וביחסי עובד/ת ומעביד/ה בלבד, ובכפוף לאמור בסעיף 2 לעיל, ובתנאי שהם יהיו מנועים מלהעבירו או מלגלותו לכל גורם זר - הנני משחרר/ת את מדינת ישראל ועובדיה מחובת הסודיות בדבר מחלותיי וליקויי הגופניים והנפשיים, בעבר ובהווה וכל עוד אני משרת/ת בשירות המדינה, וכן לאחר פרישתי משירות זה - אם אפנה למשרדי הממשלה בענייני מצבי הרפואי.		
4. הנני מצהיר/ה שידוע לי כי אם אפסל לתפקיד המיועד מטעמים רפואיים, תופסק עבודתי ללא צורך בהודעה מוקדמת.		
חתימת המועמד/ת	תאריך	המקום

מדף 2240 (8/13) (ע/ח)

דוגמה!

דוגמה!

5. האחריות או מי שהוסמך על-ידי/ה מצהיר/ה כי הסביר/ה למועמד/ת את זכויותיו/ה וחובותיו/ה בנושא הבדיקות הכשירות הרפואית וכי המועמד/ת חתם/ה בפניה/ה על טופס זה.			
שרית כ.	ר' מדור משאבי אנוש	תפקיד	חתימה
תאריך	שם החותם/ת	תפקיד	חתימה

ד. אפיון התפקיד המוצע (למילוי ע"י המשרד)

1. מיקום העבודה:

משרד ☐ מעבדה ☐ כיתת לימוד ☐ סדנה ☒ אחר, פרט שטח

2. דרישות גופניות ואופי עבודה מיוחד:

☐ עבודה משרדית בישיבה ☒ עבודה משרדית בעמידה

☐ עבודה הדורשת הרמה או סחיבת של משא

☐ עבודה הדורשת הפעלת מכונות תעשיות

☐ נהיגה ☐ מתן הרצאות

☒ עבודה במשמרות ☒ עבודה המחייבת שעות נוספות מרובות

☒ עבודה עם נייזות גבוהה (ממוכן/רגלי) ☒ עבודה הכוללת קבלת קהל ☐ עבודה הכוללת טיפול במוגבלים/חולים

אחר, פרט _____

3. מאפייני סביבת העבודה:

☐ רעש ☐ אבק/עשן ☐ חומרים כימיים ☐ חומרים ביולוגיים *

☐ עבודה בגבהים ☐ עבודה במקום סגור ומוגבל *

* סימון X בתחום זה מחייב פירוט נוסף כלהלן:

תשומת לב כי סימון X בתחום זה מחייב פירוט בכתב! יש למלא במידת הצורך.

שרית כ.	ר' מדור משאבי אנוש	תואר המשרה	חתימה	תאריך
שם ממלא/ת הטופס (מציג/ת המשרד)	תואר המשרה	חתימה	תאריך	

ה. שאלון רפואי (למילוי על-ידי המועמד/ת לתפקיד)

בגמר מילוי השאלון יש לצרף אליו "סיכום מידע רפואי" מהרופא/ה המטפלת/ ובדיקות עזר (אם נדרשות), להכניס את החומר למעטפה המצורפת, להדביק את לשונית המעטפה ולהעבירה למשרד השולח.

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	משרד
ישראלי	ישראל	ישראל	123456789	משרד ראש הממשלה

בשאלות הבאות יש לסמן תשובה כחיונית במידה והמצב היה קיים בעבר ו/או עדיין נמשך:

שאלות	כן	לא	במידה והתשובה חיובית, נא לפרט תאריכים ותנאים בהפרעות, הליקויים והמחלות
1. בעיות נשימה או ריאות-כולל שחפת, אסטמה וברונכיטיס			
2. שיתוק ילדים			
3. דלקת זיהומית כבד, צהבת, מחלת כבד אחרת			
4. סרטן, גידולים שפירים, ציסטות			
5. שכרת			
6. אנמיה, לוקמיה, הפרעות אחרות בדם			
7. מחלת נפש			
8. הפרעה במערכת עצבים			
9. בירכוסים, איבודי הכרה			
10. טאבי ראש חזקים או מיגרנה			
11. בעיות לב-כולל מחלות כליות ומסתמי הלב			
12. טאבי גב תכופים או חבלה בגב			
13. כל בעיה בעצמות, פרקים-כולל דלקת, נקע, שברים, קטיועות			
14. כל בעיה בירכיים, ברכיים, קרסוליים, רגליים			
15. כל בעיה בידים, מרפקים, כתמים			
16. חבלה בראש			
17. התעלפויות, סחרחורת			
18. פריחות בעור כתוצאה מעבודה			
19. אלרגיות			
20. רגישות לעשן או אבק			
21. לחץ דם גבוה או נמוך			
22. דליות ברגליים			
23. כוב קיבה, כבד תריסרון, בעיה אחרת בעיכול			
24. בקעים (הרגליה)			
25. בעיות בכיס מרה			
26. בעיות בכליות ו/או שלפוחית שתן			
27. קוצר נשימה			
28. בעיה בדיבור			
29. שימוש יתר בתרופות, מסיקאות חריגים, סמים			
30. הרפפת מסיקפזים בעבר/בהווה			
31. הרפפת עדשות מגע בעבר/בהווה			
32. ניתוח/מחלה/חבלה בעין			
33. עיוורון בעין אחת			
34. עיוורון בשתי עיניים/תעודת עיוור			
35. בעיות שמיעה/הרפפת מכשיר שמיעה			
36. המצאות בתקופת התאוששות מניתוח/הריון			
37. המצאות בהשגחה רפואית קבועה			
38. אישפוז ב"ח בחמש שנים אחרונות			
39. מחלות ניווניות/מחלות ממושכות/אחרות שלא פורטו לעיל			

בסעיף זה יש לענות על כל השאלות. במידה והתשובה חיובית, יש צורך בפירוט.

רשימת בדיקות שעל המועמד/ת לצרף:

- לעובדות/ות בריאות-תבחין עור לשחפת
- לנהגים/ות-חדות ראייה ע"י גורם מוסמך
- מצורף "סיכום מידע רפואי" מטעם הרופא/ה המטפלת/ ☒
- לעובדות/ות הוראה-בדיקת מיתרי קול ע"י רופא א.א.ג. ☐
- מצורפות בדיקות עזר ☐

ישראל .י.

חתימת המועמד/ת

01.08.2018

תאריך

X

המקום



1. מידע רפואי נוסף (למילוי ע"י רופא/ת שירות המדינה ולפני שיקול דעתו/ה)

הבדיקה שנדרשה	תוצאת הבדיקה שנדרשה

2. מסקנת רופא/ת שירות המדינה

- ☐ כשירה/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
- ☐ כשירה/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
- ☐ חייבת/ת בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
- ☐ כשירה/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למשלול פנסיה תקציבית)
- ☐ לא כשירה/ה

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

תאריך

שם רופא/ת שירות המדינה

חתימת רופא/ת שירות המדינה

3. מסקנת ועדת ערר (אם הוגש ערעור)

- ☐ כשירה/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
- ☐ כשירה/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
- ☐ חייבת/ת בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
- ☐ כשירה/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למשלול פנסיה תקציבית)
- ☐ לא כשירה/ה

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

מס' סודר	תאריך	שם רופא/ת הוועדה	חתימה
1			
2			
3			