



לכבוד: הרופא/ה המטפלת

מר/גב' \_\_\_\_\_, מועמד/ת להתקבל לעבודה בחברת נמל אשדוד בע"מ  
(שם המועמד/ת)

לתפקיד \_\_\_\_\_, ומתבקש/ת למלא שאלון בריאות בעמודה הימנית.

נודה לך באם תואיל לאשר את תשובותי/ה ולהוסיף פרטים רפואיים, בעמודה השמאלית.

יש לסמן את התשובות ב - X בריבועים -  - המתאימים:

מס'	שאלה	לא	כן	אם התשובה חיובית - הוסף פרטים והסברים
1	האם את/ה נדרש/ת לקבל תרופות באופן קבוע (לתמיד)? ו/ או האם את/ה נוטלת תרופות לטיפול במחלה כרונית (תמידית) באופן יומיומי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	האם יש לך בעיה רפואית שבגללה תתקשה/י לבצע עבודה מאומצת ו/או הרמת משאות כבדים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	האם יש לך קשיי תפקוד מדלקת פרקים או מבעיה אורטופדית (בצוואר, בגב, בכתף, במרפק, ביד, באצבעות, בירך, בברך, בקרסול, ברגל)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	האם יש/היו לך אפילפסיה, פרכוסים, הפרעות שיווי משקל, התעלפויות, איבודי הכרה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	האם יש/היו לך אירוע מוחי, שיתוק/חולשה של רגל, או יד ו/או - הפרעות תחושה (זרמים, נימול, שריפה, אובדן תחושה) בפנים, או, בגפיים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	האם יש/היו לך מחלת לב, פגם במסתם/במחיצה בלב, צנתור לב, ניתוח לב, הפרעות בקצב הלב? האם יש חשד שאת/ה סובלת/ת כיום ממחלת לב?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	האם יש/היו לך אנמיה (חסר דם), או הפרעות קרישה: דימום-יתר, או תרומבוזות (סתומות) - בכלי דם?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	האם יש לך סיבה רפואית לא לעבוד בחשיפה לכימיקלים, גזים ואדים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	האם יש לך הפרעה בתפקודי כבד ממחלת כבד?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	האם יש לך הפרעה בתפקודי כליות ממחלת כליות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	האם נפסלת מלטרם דם?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	האם יש/הייתה לך אסתמה, או "ברונכיטיס ספסטית"? האם במאמץ יש לך קושי בנשימה, או, שיעול? האם את/ה מקבלת טיפול במשאפים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	האם יש/היו לך תופעות אלרגיות, או, פריחות אלרגיות בעור, או, אקזמה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	האם יש/היה לך סרטן, גידול ממאיר, או - האם טופלת או מטופלת כיום בכימותרפיה? בהקרנות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	האם יש לך ירידה בשמיעה? "צפצופים" באוזניים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	האם יש לך הפרעת ראייה שלא מתוקנת במשקפי ראייה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	האם נאסר עליך לנהוג רכב מסיבות רפואיות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	האם סבלת / סובלת כיום משתיית יתר של אלכוהול?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	האם צרכת בעבר או צורך/ת סמים כיום?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

המשך מעבר לדף



<p><b>הצהרת הרופא/ה המטפלת:</b></p> <p>אני, ד"ר _____ רישיון: _____</p> <p>כתובת _____</p> <p>טלפון: _____ נייד: _____</p> <p><b>מצהיר/ה בזאת שאני מכיר את מצבו הבריאותי והתפקודי של המועמד/ת ומעיד שתשובותי/ה לשאלות 1-16 נכונות.</b></p> <p>_____ חתימה _____ תאריך</p>	<p><b>הצהרת המועמד/ת:</b></p> <p>שם: _____</p> <p>מין: [ז] [נ]; ת.ז: _____; גיל: _____</p> <p>כתובת: _____</p> <p>טלפון: _____ נייד: _____</p> <p>מצהיר/ה בזה שכל תשובותיי הנ"ל הן נכונות, מדויקות ומלאות ושלא העלמתי דבר אודות מצבי הרפואי והתפקודי. הריני מצהיר/ה מזדעזע ומרצון חופשי על ויתור סודיות רפואית ומתיר/ה לרופאים שטיפלו ומטפלים בי לדווח למעבידי ולרופא מטעמו על מצבי הרפואי והתפקודי בעבר ובהווה. אני מתחייב להודיע לרופא מטעמו של מעבידי על כל שינוי לרעה שיחול במצבי הרפואי והתפקודי במהלך כל תקופת העסקתי אצל מעבידי. הריני מודע לכך שהסתרת מידע על מצבי הרפואי והתפקודי עלולה לגרום לי ו/או לסובבים אותי נזקי בריאות מסוכנים.</p> <p>_____ חתימה _____ תאריך</p>
---	---

**למילוי ע"י חברת נמל אשדוד בע"מ:**

<p><input type="checkbox"/> עבודה בשטח ובמשרד</p> <p>חוות דעת רופא חברת נמל אשדוד בע"מ:</p> <p><input type="checkbox"/> כשיר להמשך הליך קליטה</p> <p><input type="checkbox"/> אינו כשיר להמשך הליך קליטה</p> <p><input type="checkbox"/> אישור הכשירות תלוי בבדיקת הרופא</p> <p>הערות: _____</p> <p>_____ חתימה _____ תאריך</p>	<p><input type="checkbox"/> עבודה במשרד בלבד</p> <p>חוות דעת רופא חברת נמל אשדוד בע"מ:</p> <p><input type="checkbox"/> כשיר למשרה</p> <p><input type="checkbox"/> אינו כשיר למשרה</p> <p>הערות: _____</p> <p>_____ חתימה _____ תאריך</p>
---	--