



שאלון הצהרת בריאות  
וחתימת ויתור סודיות

- 0553061482 -  
Dr.huberaizner@gmail.com  
ד"ר בקי רייזנר הובר  
מומחית ברפואה תעסוקתית

## חלק א': פרטים אישיים

שם מלא: \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

טלפון ליצירת קשר: \_\_\_\_\_

כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

גיל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עלייה: \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: נשוי/אה, גרושה, רווק/ה, אלמן/ה

מספר ילדים: \_\_\_\_\_

רישיון נהיגה בתוקף: כן  / לא  פירוט: \_\_\_\_\_

רישיון נהיגה מקצועי לרכב ציבורי או רכב כבד: כן  / לא  פירוט: \_\_\_\_\_

שירות צבאי: כן  / לא  בתפקיד: \_\_\_\_\_

פטור על רקע רפואי/נפשי, פירוט: \_\_\_\_\_

שירות לאומי: כן  / לא  \_\_\_\_\_

## חלק ב': השכלה

האם סיימת 12 שנות לימוד: כן  / לא  \_\_\_\_\_

השכלה על תיכונית/אקדמית: כן  / לא  \_\_\_\_\_

קורסים מקצועיים/הכשרות: כן  / לא  \_\_\_\_\_



שאלון הצהרת בריאות  
וחתימת ויתור סודיות

- 0553061482 -  
Dr.huberaizner@gmail.com  
ד"ר בקי רייזנר הובר  
מומחית ברפואה תעסוקתית

### חלק ג': פרטים תעסוקתיים

האם הנך נמצאת/ במעגל העבודה כיום:  כן /  לא

שם המעסיק / החברה: \_\_\_\_\_

תפקיד נוכחי: \_\_\_\_\_

מועסק/ת החל מתאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ או מועד סיום העסק / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

היקף משרה: \_\_\_\_\_

ימים ושעות עבודה: \_\_\_\_\_

האם הנך מובטל/ת ומקבל/ת דמי אבטלה:  כן /  לא

האם הנך בחל"ת:  כן /  לא, אם כן, מתאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### הסטוריה תעסוקתית:

מקום עבודה/חברה/שם מעסיק	משנה	עד שנה	תפקידי היה	הערות

האם מוכרת/ת למוסד לביטוח לאומי בנכות מעבודה:  כן /  לא

האם מוכרת/ת למוסד לביטוח לאומי בנכות כללית:  כן /  לא

האם מוכרת/ת ברכיב אובדן כושר עבודה בקרן פנסיה:  כן /  לא



שאלון הצהרת בריאות  
וחתימת ויתור סודיות

- 0553061482 -  
Dr.huberaizner@gmail.com  
ד"ר בקי רייזנר הובר  
מומחית ברפואה תעסוקתית

## חלק ד': שאלון רפואי

משקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_

ביטוח בריאות פרטי: כן  / לא  \_\_\_\_\_

עישון בהווה: כן  / לא  אם כן, שנת תחילת עישון: \_\_\_\_\_ כמות סיגריות ליום: \_\_\_\_\_

עישון בעבר: תאריך התחלה: \_\_\_\_\_ תאריך סיום: \_\_\_\_\_

שימוש בסמים, כולל קנאביס רפואי: כן  / לא  פירוט: \_\_\_\_\_

שימוש באלכוהול: כן  / לא  פירוט: \_\_\_\_\_

האם מבצע פעילות גופנית באופן סדיר, פירוט: \_\_\_\_\_

האם הנך סובל/ת ממחלה כרונית כלשהי: כן  / לא

(אורתופדית, לב, ריאות, גסטרואנטרולוגית, אונקולוגית, עור, בריאות הנפש, ראומטולוגית, נירולוגית, ראייה, הפרעות מטבוליות- סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות בלוטת התריס, אף אוזן גרון, מחלות מין, אחר) לפרט בקצרה:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם עברת ניתוחים משמעותיים בעבר: כן  / לא  אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_

האם הנך נוטל/ת תרופות באופן קבוע: כן  / לא

אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_

האם קיימות אלרגיות (למזון, תרופות או חומרים): כן  / לא  פירוט: \_\_\_\_\_

האם קיימת אבחנה הקשורה לבעיות לב, יתר לחץ דם או סוכרת: כן  / לא

אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_



שאלון הצהרת בריאות  
וחתימת ויתור סודיות

- 0553061482 -  
Dr.huberaizner@gmail.com  
ד"ר בקי רייזנר הובר  
מומחית ברפואה תעסוקתית

האם הנך סובל/ת מבעיות נשימה, לרבות אסתמה: כן  / לא

אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_

האם קיימת מגבלת ניידות: כן  / לא

אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_

האם נמצא/ת במעקב בתחום בריאות הנפש (פסיכיאטרי/פסיכולוגי/עו"ס): כן  / לא

אם כן, נא לפרט בקצרה: \_\_\_\_\_

האם הגשת בקשה לחברת ביטוח פנסיוני לרכיב אובדן כושר עבודה: כן  / לא

אם כן, נא לפרט תקופות אישור זכאות לקצבה: \_\_\_\_\_

האם הגשת בקשה לביטוח לאומי לקביעת נכות כללית: כן  / לא

אם כן, נא לציין אחוזי נכות, דרגת אי כושר השתכרות ומשך התקופה: \_\_\_\_\_

האם הנך מוכר/ת למשרד הביטחון בנכות רפואית/כנפגע/ת פעולות איבה: כן  / לא

אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_

### חתימה:

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בשאלון זה נכונים, מלאים ומדויקים למיטב ידיעתי. ידוע לי כי מסירת מידע חלקי, מטעה או כוזב עלולה להשפיע על מהימנות ההערכה ועל הקביעה הרפואית התעסוקתית.

חתימה: \_\_\_\_\_

שם מלא: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



שאלון הצהרת בריאות  
וחתימת ויתור סודיות

- 0553061482 -  
Dr.huberaizner@gmail.com  
ד"ר בקי רייזנר הובר  
מומחית ברפואה תעסוקתית

## כתב ויתור על סודיות רפואית:

הואיל ובהתאם לדין נדרשת הערכה רפואית בדברי כושרי לבצע עבודתי והואיל ולצורך מתן הערכה זו, יתכן וידרש לרופאה התעסוקתית ד"ר רייזנר הובר בקי, מידע רפואי נוסף אודותי.

אני החתום/ה מטה, ת.ז:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### מצהירה כדלקמן:

אני מתחייב/בת למסור לרופאה ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה, פגיעה ומום שחליתי ו/או נפגעתי בהם בעבר או בהווה מבלי להעלים דבר, לרבות פרטים על בדיקותיי ובאופן שיידרש על ידי המבקשת. אני נותן/ת בזה רשות לרופאה התעסוקתית את כל הפרטים המצויין בידי מוסרי המידע על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי, מועדי מתן טיפול והאבחנות המתייחסות אליי וכל מידע רפואי ו/או נוסף המתייחס אליי לרבות רשימת הרופאים והרופאות שטיפלו בי. הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשת, ולא תהיה לי אלייה כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר להנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

## פרטי המטופל/ת:

שם מלא:

\_\_\_\_\_

תאריך:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## חתימה:

פרטי העד לחתימה (רופאה, עו"ד, עו"ס, סוכן ביטוח, מורשה חתימה בבנק)

תפקיד: רופאה שם משפחה: רייזנר הובר שם פרטי: ד"ר בקי

ד"ר רייזנר הובר בקי MD MPH  
מומחית ברפואה תעסוקתית  
מוסמכת בריאות העיבור  
מ.ר.מ. 155486 | מ.ר.מ. 58262

חתימה וחתימת:

\_\_\_\_\_