

בקשה לבדיקה רפואית לשם הסמכה כעגורנאי ו/או למתן איתות
יש למלא ב- 2 עותקים. מקור - ישאר בידי הרופא, העתק - ישלח לחברת: כרמל בטיחות בע"מ

<p>חלק א' סוג הבדיקה</p> <p>אני הח"מ מבקש לבדוק אותי לשם קבלת תעודה רפואית בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים ואתנים), לצורך הסמכתי, כעגורנאי / אתת*</p>	
<p>חלק ב' פרטים אישיים</p> <p>שם משפחה ופרטי: _____</p> <p>כתובת מגורים: _____ מיקוד: _____</p> <p>מס' ת.ז.: _____ שם האב: _____</p> <p>תאריך לידה: _____</p> <p>טל' (בבית): _____ טל' נייד: _____</p> <p>מקום עבודה: _____ שם: _____ כתובת: _____</p>	
<p>חלק ג' ויתור על סודיות רפואית</p> <p>אני מתחייב בזה למסור לכל רופא מורשה ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הרפואי הבודק אותי כמועמד להתחיל או להמשיך בעבודה כעגורנאי ו/או כאתת לפי תקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים, מפעילי מכונות הרמה ואתנים), התשנ"ג – 1992, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה ועל כל מום שחליתי או נפגעתי בהם בעבר, ושאיני חולה בהם היום, מבלי להעלים דבר. אני מוותר בזה על הסודיות הרפואית לגבי כל מחלה או מום שחליתי בהם בעבר או שהנני חולה בהם בהווה לרבות כל נתון רפואי המתיחס אלי והנני נותן בזה רשות לכל רופא ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כני"ל ולמוסד עצמו לקבל אינפורמציה מלאה על כל מחלה או מום מן האמורים לעיל. הנני מסכים שרופא או עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כני"ל והמוסד עצמו ימסרו לרשות ההסמכה "כרמל בטיחות בע"מ" ידיעות מלאות על מצב בריאותי ועל כשרי לעסוק בעבודת עגורנאי או בעבודה המחייבת מתן איתות, לרבות תוצאות הבדיקות שהם עשו לפי האמור לעיל, ולא תהיינה לי אל המוסד הבודק אותי או אל רופאיו ועובדיו האחרים שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר לכך.</p> <p>תאריך חתימת המבקש _____</p>	
<p>חלק ד' תוצאות הבדיקה</p> <p>נא למלא את כל הפרטים!</p> <p>1. הנני להודיעך שבדקתי בתאריך _____ את העובד שפרטיו לעיל:</p> <p>ומצאתי אותו <u>מתאים</u> / <u>בלתי מתאים</u> * לעבוד כעגורנאי / במתן איתות *</p> <p>2. על העובד להופיע לבדיקה חוזרת לא יאוחר מתאריך _____</p> <p>3. תנאים רפואיים מגבילים לרישוי _____</p>	
<p>חלק ה' פרטי הרופא וחתימתו. (רופא תעסוקתי בלבד!)</p> <p>שם המוסד הרפואי _____ שם הרופא הבודק _____</p> <p>והותמת המוסד _____ חתימה וחותמת _____</p> <p>והותמת הרופא _____ מס' רישון _____</p> <p>ומספר הרופא _____ הרופא _____</p> <p>(רופא תעסוקתי)</p>	

* נא למחוק את המיותר