



בדיקה רפואית לעובד טיס

הטופס ימולא ע"י רופא/ה מוסמך/ת בודק/ת
יש לסמן X בתיבות הסימון

7. בדיקה גופנית (תארזי בפירוט כל המסומן "לא תקין" בציון מס' הסעיף המתאים: אם חסר מקום לכתביה – צרף/י גיליון נוסף)		
1. ראש, פנים, צוואר, קרקפת	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
2. אף	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
3. פה וגרון	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
4. אוזניים כללי	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
5. עור תוף	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
6. עיניים כללי (אישינום/תנועות)	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
7. אופתלמוסקופיה	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
8. ריאות וחזה (ללא בדיקת שד לנבדקת)	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
9. לב	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
10. מערכת כלי-דם (דופקי גפיים)	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
11. בטן (כולל בקע)	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
12. עור	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
13. דרכי שתן (ללא בדיקת אגן)	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
14. גפיים	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
15. עמוד שדרה ושרירים	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
16. קשרי לימפה	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
17. מערכת עצבים	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
18. נפש	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	
19. אחרים	<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקינה	

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות
שם משפחה בלועזית		
שם פרטי בלועזית		
סוג בדיקה		
<input type="checkbox"/> ראשונית <input type="checkbox"/> תקופתית <input type="checkbox"/> אחרי תאונה אווירית <input type="checkbox"/> אחרי תאונה <input type="checkbox"/> אחרי אירוע רפואי <input type="checkbox"/> מעקב <input type="checkbox"/> אחר _____		
תשלום אגרה		
<input type="checkbox"/> שולמה (מס' אגרה _____) <input type="checkbox"/> ע"י המעסיק (שם החברה: _____)		

1. נתונים משלימים לתולדות רפואיות

2. מדידות

גובה	משקל	לחץ דם (זרוע)	דופק (במנוחה)
_____ מ'	_____ ק"ג	____/____	____ / _____ לדקה

3. בדיקות ראייה

מרחוק	מקרוב 30-50 ס"מ	מקרוב 100 ס"מ
עין ימין 6/____ עם תיקון 6/____	6/____ עם תיקון 6/____	6/____ עם תיקון 6/____
עין שמאל 6/____ עם תיקון 6/____	6/____ עם תיקון 6/____	6/____ עם תיקון 6/____
שתי עיניים 6/____ עם תיקון 6/____	6/____ עם תיקון 6/____	6/____ עם תיקון 6/____
ב. ראיית צבעים <input type="checkbox"/> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה		
ג. שדות ראייה <input type="checkbox"/> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה		

4. בדיקת שמיעה

א. שמיעת קול-דיבור רגיל ממרחק 2 מ' תקינה לא תקינה

ב. אודיומטריה: לצרף אם נחוצה תאריך הבדיקה הקודמת ____/____/____

5. בדיקות עזר שגרתיות

א. בדיקות שתן כללית תקינה לא תקינה

ב. ס. דם כללית תקינה לא תקינה

ג. א.ג.ג במנוחה תקינה לא תקינה תאריך הבדיקה הקודמת ____/____/____

ד. ארגומטריה תקינה לא תקינה תאריך הבדיקה הקודמת ____/____/____

ה. צילום חזה תקינה לא תקינה (כשהתשובה "לא תקינה" – פרט הממצאים)

10. הצהרת הרופא הבודק

הנני מצהיר/ה בזאת שבדקתי, אישית, את מבקש התעודה הרפואית לעובד טיס הנ"ל והפרטים המצוינים בטופס זה הם הנתונים הנכונים והמלאים של בדיקת/ה הרפואית.

_____/____/____ תאריך

חתימת הבודק/ת

6. בדיקות נוספות

8. הערכת הבודק/ת את נתוני התולדות וממצאי הבדיקה:

א. נתונים משמעותיים לטיס בתולדות? יש אין

ב. ממצאים חריגים בבדיקה גופנית? יש אין

(יש להתייחס לכל תשובת "כן" בתשובת הנבדק/ת ולכל נתון חריג או ציון "לא תקין" בבדיקה הרפואית)

9. התאמה לתעודה רפואית לעובד טיס

א. מתאים/ה לתעודה רפואית I II III

ב. מתאים/ה עם ויתור לתעודה רפואית סוג I II III

ג. לא מתאים/ה לתעודה רפואית סוג I II III לפי סעיפים: _____ לתוספת הראשונה לתקנה 61 לתקנות הטיס

ד. הונפקה תעודה רפואית סוג _____

ה. לא הונפקה תעודה רפואית (ציין/י את הסיבה): _____