

בקשה לבדיקה רפואית לקבלת תעודה רפואית לעובד טיס סוג I II III
 המידע בטופס זה, לאחר שמולא ונחתם על ידי המבקש, מהווה מידע רפואי כאמור בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן החוק) וחלה על המחזיק בו חובת שמירת סודיות רפואית כאמור בסעיף 19 לחוק

הטופס ימולא במלואו ע"י מבקש/ת בדיקה רפואית לקבלת תעודה רפואית לעובד טיס
 יש לסמן X בתיבות הסימון

1. פרטי המבקש/ת			
שם משפחה		שם פרטי	
שם משפחה בלועזית		שם פרטי בלועזית	
<input type="checkbox"/> זכר	<input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	ארץ מוצא
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
טל סלולרי		פקס	
<input type="checkbox"/> עיסוק		<input type="checkbox"/> מטיס כטמ"ם <input type="checkbox"/> אחר	
<input type="checkbox"/> שם חברת התעופה (אם שונה מ"אחר")			

2. פרטי הבקשה	
האם זו בקשה ראשונה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
אם לא בדיקה ראשונה - ציין/צייני את סוג התעודה הרפואית לעובד טיס שבדושתך <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
האם מאז הבדיקה האחרונה קורקעת או נמצאת לא מתאים/מתאימה לתעודה רפואית לעובד טיס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
אם כן, ציין/ני התאריכים / סיבות	

3. נתוני טיסה	
סוג טיסה	סה"כ זמן טיסה
<input type="checkbox"/> דאייה <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> חקלאי <input type="checkbox"/> נתיבי-אוויר <input type="checkbox"/> כטמ"ם	סה"כ זמן טיסה בשעות החודשים האחרונים

4. נתונים רפואיים האם כיום הנך משתמש/ת בתרופות כלשהן? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם עכשיו או אי פעם היה לך אחד או יותר מהמצוין להלן <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">פרוט תשובות "כן"</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>1. כאבי ראש שכיחים או קשים</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>2. אירועי סחרור או התעלפות</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>3. אבדן הכרה מסיבה כלשהי</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>4. בעיות עיניים או ראייה (למעט משקפיים)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>5. אלרגיות / קדחת השחת</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>6. אסטמה או מחלות ריאה</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>7. בעיות לב או כלי דם</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>8. לחץ דם גבוה או נמוך</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>9. סוכרת</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>10. בעיות קיבה, מעיים, כבד</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>11. אבני דרכי שתן/דם בשתן</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>12. מחלות עצבים</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>13. הפרעה נפשית כלשהי</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>14. ניסיון התאבדות</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>15. מחלת נסיעה</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>16. אשפוזים / ניתוחים / תאונות</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>17. מחלות אחרות / מחלות במשפחה</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>18. האם אי פעם נטלת סמים?</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>19. האם אי פעם קיבלת טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי?</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> <td>20. האם קיבלת טיפול רפואי מאז הבדיקה אחרונה?</td> </tr> </table>	פרוט תשובות "כן"		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	1. כאבי ראש שכיחים או קשים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	2. אירועי סחרור או התעלפות	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	3. אבדן הכרה מסיבה כלשהי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	4. בעיות עיניים או ראייה (למעט משקפיים)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	5. אלרגיות / קדחת השחת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	6. אסטמה או מחלות ריאה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	7. בעיות לב או כלי דם	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	8. לחץ דם גבוה או נמוך	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	9. סוכרת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	10. בעיות קיבה, מעיים, כבד	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	11. אבני דרכי שתן/דם בשתן	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	12. מחלות עצבים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	13. הפרעה נפשית כלשהי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	14. ניסיון התאבדות	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	15. מחלת נסיעה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	16. אשפוזים / ניתוחים / תאונות	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	17. מחלות אחרות / מחלות במשפחה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	18. האם אי פעם נטלת סמים?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	19. האם אי פעם קיבלת טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	20. האם קיבלת טיפול רפואי מאז הבדיקה אחרונה?
פרוט תשובות "כן"																																										
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	1. כאבי ראש שכיחים או קשים																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	2. אירועי סחרור או התעלפות																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	3. אבדן הכרה מסיבה כלשהי																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	4. בעיות עיניים או ראייה (למעט משקפיים)																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	5. אלרגיות / קדחת השחת																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	6. אסטמה או מחלות ריאה																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	7. בעיות לב או כלי דם																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	8. לחץ דם גבוה או נמוך																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	9. סוכרת																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	10. בעיות קיבה, מעיים, כבד																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	11. אבני דרכי שתן/דם בשתן																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	12. מחלות עצבים																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	13. הפרעה נפשית כלשהי																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	14. ניסיון התאבדות																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	15. מחלת נסיעה																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	16. אשפוזים / ניתוחים / תאונות																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	17. מחלות אחרות / מחלות במשפחה																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	18. האם אי פעם נטלת סמים?																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	19. האם אי פעם קיבלת טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי?																																									
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	20. האם קיבלת טיפול רפואי מאז הבדיקה אחרונה?																																									

<p style="text-align: center;">5. הצהרת מבקש/ת הבדיקה רפואית לקבלת תעודה רפואית לעובד טיס</p> <p>הנני מצהיר/ה בזה כי שקלתי בכובד ראש את התשובות דלעיל ולפי מיטב ידיעתי הן שלמות ונכונות וכי לא העלמתי כל פרט ולא השיבתי כל תשובה מטעה.</p> <p style="text-align: center;">_____ חתימת המבקש/ת</p> <p style="text-align: center;">_____ תאריך</p> <p style="text-align: center;">יחתם רק בבדיקה ראשונית</p> <p style="text-align: center;">כתב ויתור על סודיות רפואית</p> <p style="text-align: center;">לכבוד,</p> <p>1. הרופא/ה המוסמך הבדוק/ת 2. רופא רשות התעופה האזרחית 3. ועדת ערר רפואית לעובדי טיס</p> <p style="text-align: center;">(להלן – המבקש)</p> <p style="text-align: right;">א.ג.ג., אני הח"מ _____, ת.ז. מס' _____</p> <p>נותן/נת בזה רשות לעובד רפואי או למוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי או לצבא ההגנה לישראל או למשרד הביטחון למסור למבקש את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרוש המבקש, על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ואני משחררת/ת בזה אתכם או כל רופא מרופאים או כל עובד רפואי אחר מעובדיכם או כל מוסד ממוסדתיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלתי כאמור ומוותרת/ת על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.</p> <p style="text-align: center;">_____ חתימה</p> <p style="text-align: center;">_____ תאריך</p> <p style="text-align: center;">שם העד לחתימה _____</p> <p style="text-align: center;">ת.ז. מס' _____</p>
--