

בקשה לבדיקה רפואית לקבלת תעודה רפואית לעובד טיס סוג I II III

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

האם זו בקשה ראשונה ? (אם התשובה היא "כן" נא לעבור לסעיף 1 "פרטי המבקש/ת")	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
אם זו לא בקשה ראשונה	
ציין/ני התעודה הרפואית לעובד טיס שברשותך	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
ציין/ני אם קורקעת או נמצאת לא מתאים לתעודה רפואית לעובד טיס בעבר ?	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
אם כן, ציין התאריכים	

1. פרטי המבקש/ת															
א. זהות															
שם משפחה		שם פרטי		מס' תעודת זהות											
שם משפחה בלועזית		שם פרטי בלועזית		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
מין	מצב משפחתי			ילדים	תאריך לידה										
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> פ <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר	/ /		ארץ מוצא											
ב. כתובת															
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון											
טל סולרי		פקס		דואר אלקטרוני											
ג. עיסוק															
נא לבחור עיסוק		מעסיק		תפקיד											

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



3. נתונים רפואיים

אם התשובה "כן", פרט שם התרופות, סיבת לקיחתן, מינון ומועד תחילת השימוש בהן	האם כיום הנך משתמש/ת בתרופות כלשהן?
	נא לבחור כן/לא
האם עכשיו או אי פעם היה לך אחד או יותר מהמצוין להלן	
פרוט תשובות "כן"	
	1. כאבי ראש שכיחים או קשים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	2. אירועי סחרור או התעלפות <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	3. אבדן הכרה מסיבה כלשהי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	4. בעיות עיניים או ראייה (למעט משקפיים) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	5. אלרגיות / קדחת השחת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	6. אסטמה או מחלות ריאה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	7. בעיות לב או כלי דם <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	8. לחץ דם גבוה או נמוך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	9. סוכרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	10. בעיות קיבה, מעיים, כבד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	11. אבני דרכי שתן/דם בשתן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	12. מחלות עצבים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	13. הפרעה נפשית כלשהי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	14. ניסיון התאבדות <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	15. מחלת נסיעה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	16. אשפוזים / ניתוחים / תאונות <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	17. מחלות אחרות / מחלות במשפחה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	18. האם אי פעם נטלת סמים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	19. האם אי פעם קבלת טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

4. הצהרת מבקש/ת הבדיקה רפואית
לקבלת תעודה הרפואית לעובד טיס

הנני מצהיר/ה בזה כי שקלתי בכובד ראש את התשובות דלעיל ולפי מיטב ידיעתי הן שלמות ונכונות וכי לא העלמתי כל פרט ולא השיבותי כל תשובה מטעה.

תאריך: / /

חתימת מבקש/ת התעודה הרפואית _____

PELF 1.3.070A	 <small>רשות התעופה האזרחית Civil Aviation Authority</small>	PEL Handbook
Application for Medical Certificate		Revision 1
		01 MAR 10

יחתם רק בבדיקה ראשונית.

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד,

1. הרופא/ה המורשה הבודק/ת
2. רופא רשות התעופה האזרחית
3. ועדת ערר רפואית לעובדי טיס

(להלן – המבקש)

א.ג.נ.,

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

אני הח"מ , ת.ז. מס'

נותן/ת 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 משחרר/ת בזה אתכם או כל רופא מרופאיכם או כל עובד רפואי אחר מעובדיכם או כל מוסד ממוסדותיכם 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 ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

_____ חתימה

_____/_____/_____
תאריך

שם העד/ה לחתימה: _____ ת.ז. מס' _____