

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

ימולא, במלואו, בעט, בצבע שחור או כחול, 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")	
לא	כן
אם זו לא בקשה ראשונה	
III	II I
ציין/ני התעודה הרפואית לעובד טיס שברשותך	
לא	כן
ציין/ני אם קורקעת או נמצאת לא מתאים לתעודה רפואית לעובד טיס בעבר ?	
לא	כן
אם כן, ציין התאריכים	
____/____/____	

1. פרטי המבקש/ת

א. זהות				
שם משפחה		שם פרטי		מס' תעודת זהות
שם משפחה בלועזית		שם פרטי בלועזית		_____
מין	מצב משפחתי	ילדים	תאריך לידה	ארץ מוצא
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 <input type="checkbox"/>		____/____/____	
ב. כתובת				
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון
טל סלולרי	פקס	דואר אלקטרוני		
____/____	____/____	____@____		
ג. עיסוק				
טיס <input type="checkbox"/>	מעסיק	תפקיד		
אחר <input type="checkbox"/>				

2. נתוני טיסה

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

3. נתונים רפואיים

<p>אם התשובה "כן", פרט שם התרופות, סיבת לקיחתן, מינון ומועד תחילת השימוש בהן</p>	<p>האם כיום הנך משתמש/ת בתרופות כלשהן?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן </p>
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

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

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.

חתימת מבקש/ת התעודה הרפואית _____ תאריך: ____/____/____

עוֹתֵק תְּעוּדָה רְפוּאִית לְעוֹבְדֵי טִיס (יְמוּלָא רֶק ע"י מְנַפִּיק/ת הַתְּעוּדָה)

STATE OF ISRAEL Ministry Of Transport Civil Aviation Administration MEDICAL CERTIFICATE AIRMAN	מדינת ישראל משרד התחבורה מנהל התעופה האזרחית תעודה רפואית לעובדי טיס
CLASS _____	סוג _____

NAME _____	שם _____
I.D. NO. _____	ת.ז. _____
D.O.B _____	ת.ל. _____
עומד בדרישות הרפואיות לסוג תעודה רפואית זו, וזכאי להנות מכל הזכויות הנובעות ממנה HAS MET THE MEDICAL STANDARDS PRESCRIBED IN TAKANOT HATAISS FOR THE CLASS OF MEDICAL CERTIFICATE	

LIMITATIONS		מגבלות
-------------	--	--------

DATE OF EXAMINATION _____ תאריך הבדיקה
 VALLID TILL _____ בתוקף עד

Civil air surgeon	SIGNATURE _____	חתימה	רופא מ.ת.א.
	VALLID TILL _____	תאריך הנפקה	

AIRMAN'S SIGNATURE _____ חתימת נושא התעודה

יחתם רק בבדיקה ראשונית.

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד,

1. הרופא/ה המורשה הבודק/ת
2. רופא מנהל 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' _____