



אישור בדיקה רפואית לשם הסמכה כבודק מוסמך

הבדיקה תבוצע ע"י רופא תעסוקתי בלבד.

בהתאם לנוהל הסמכה ונוהל עבודה של בודקים מוסמכים לכלי הרמה ומתקני לחץ בעדכונו מ- 1/6/2008 (להלן - הנוהל)

לכבוד,

משרד העבודה

מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית

1. הפניה לבדיקה רפואית לתפקיד בודק מוסמך למכונות הרמה / מעליות / מתקני לחץ:

- א. **דרישות התפקיד:** מתוקף תפקידו יהיה עליו לערוך בדיקה ויזואלית של מנגנונים שונים במכונות הרמה, מעליות, מתקני לחץ, לעלות על משאית או מתקן באמצעות סולם לגובה של עד 10 מ', לרדת לבור לעומק של כ- 2 מ' ולהתכופף לצורך בדיקה ויזואלית של חלקי המכונות.
- ב. **דרישות תפקודיות:** חדות ראייה של לפחות 6/12 בכל עין לאחר תיקון, יכולת להתכופף, לעלות/לרדת בסולם, העדר הפרעות שיווי משקל וללא עדות למצבים בריאותיים פעילים העלולים לגרום ל-sudden incapacitation.
- ג. **בדיקות רפואיות נדרשות:**

- אנמנזה רפואית, לרבות היסטוריה של מחלת אפילפסיה, הפרעות שיווי משקל, סכרת, נטילת תרופות ואיזון תחת טיפול תרופתי.
- בדיקה קלינית.
- בדיקת חדות ראייה.
- כל בדיקה רפואית קלינית או בדיקת עזר נוספת לפי ראות עיניו של הרופא התעסוקתי.

2. הפניה לבדיקה רפואית לתפקיד בודק מוסמך לעגורני צריח

- א. **דרישות התפקיד:** מתוקף תפקידו יהיה עליו לערוך בדיקה ויזואלית של מנגנונים שונים בעגורנים, לטפס על עגורני צריח (לגובה אפשרי של כ-50 מטר ואף יותר) וכן להלך בגבהים על זרוע עגורן, לצורך בחינת תקינות הכלי (תוך שימוש ברתמות הגנה מפני נפילה).
- ב. **דרישות תפקודיות:** חדות ראייה של לפחות 6/12 בכל עין לאחר תיקון, יכולת להתכופף, לעלות/לרדת בסולם, העדר הפרעות שיווי משקל וללא עדות למצבים בריאותיים פעילים העלולים לגרום ל-sudden incapacitation.
- ג. **בדיקות רפואיות נדרשות:**

- אנמנזה רפואית. לרבות היסטוריה של מחלת אפילפסיה, הפרעות שיווי משקל, סכרת, נטילת תרופות ואיזון תחת טיפול תרופתי.
- בדיקה קלינית.
- בדיקת כושר ראייה, הכוללת בדיקת חדות ראייה ושדה ראייה היקפי.
- בדיקת כושר השמיעה.
- כל בדיקה רפואית קלינית או בדיקת עזר נוספת לפי ראות עיניו של הרופא התעסוקתי.

ויתור על סודיות רפואית

אני מתחייב בזה למסור לכל רופא תעסוקתי ולכל עובד רפואי אחר, מהמוסד הרפואי הבודק אותי, כמועמד להתחיל או להמשיך בעבודה כבודק מוסמך, מידע רפואי מלא ונכון 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 המתייחס אלי. הנני נותן בזה רשות לכל רופא ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כנ"ל ולמוסד עצמו לקבל אינפורמציה מלאה על כל מחלה או מום כלשהם. ידוע לי שקבלת האינפורמציה על כל מחלה או מום יכולה להיעשות אל מול כל מוסד רפואי שטופלתי בו בעבר ועובדיו, לרבות קופות חולים, בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או מוסדות רפואיים פרטיים או המוסד לביטוח לאומי או כולם יחד (להלן מוסרי המידע). כתב זה יעמוד בתוקפו בתהליכי בדיקות התאמתו לתפקיד וכל עוד אשאר בתפקיד.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבקש

תאריך

מס' ת"ז

שם המבקש

*בכל מקום בו ההפניה בלשון זכר, הכוונה גם ללשון נקבה.

1. אני מאשר כי בתאריך _____ בדקתי את העובד שפרטיו מעלה בנוכחותו לאחר שזיהיתי אותו על פי תעודה מזהה

ועיינתי בתיקו הרפואי בכל קופת חולים בה היה מבוטח בחמש השנים האחרונות, מצאתי אותו **כמתאים** / **כבלתי מתאים** (מחק את

המיותר) לעבוד כבודק מוסמך למכונות הרמה / מעליות / מתקני לחץ / עגורני צריח (מחק את המיותר).

2. הבדיקה שבוצעה כללה את כל המפורט בתכולת הבדיקות ובהתייחסות לדרישות התפקיד המפורטים לעיל.

3. תנאים רפואיים מגבילים להסמכה: _____

4. על העובד להופיע לבדיקה רפואית חוזרת לא יאוחר מתאריך / כנדרש בנוהל: _____