



**כתב ויתור סודיות רפואיות**

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר ת.ז.
----------	---------	--------	-----------

אני הח"מ לאחר שקראתי והבנתי את תוכנו של מסמך זה, נותן בזאת רשות וכן מפנה בזה בקשה לרופא, או עובד רפואי, או מוסד רפואי, או יועץ במוסד רפואי בצה"ל או במשטרת ישראל או בכל מוסד רפואי אחר למסור לשרות בתי הסוהר או מי מטעמו, את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל באופן שידרוש המבקש, על מצב בריאותי וכל ממצא רפואי לרבות נפשי, שיקומי, תפקודי וכללי, או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את רופא או פסיכולוג או יועץ או עובד רפואי אחר, בכל מוסד לרבות קופת חולים, בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מהמוסדות לעיל, מחובת שמירה על סודיות רפואית שחלה עליו על פי כל דין או אתיקה מקצועית – כלפי שרות בתי הסוהר ו/או כל אדם הפועל מטעמו או בשליחותו, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב זה יעמוד בתוקפו בהליכי בדיקת התאמתו לעבודה בשרות בתי הסוהר, ואם אתקבל לעבודה, כל עוד אהיה מועסק בארגון.

**ולראייה באתי על החתום**

\_\_\_\_\_ **חתימה**

\_\_\_\_\_ **תאריך**



## הנדון: הצהרת בריאות-קורונה

### הנני מצהיר בזאת ש:

1. לא שהיתי ב – 14 הימים האחרונים מחוץ לגבולות מדינת ישראל.
2. למיטב ידיעתי, לא באתי במגע הדוק עם חולה שאובחן כחולה בנגיף הקורונה.
3. לא באתי במגע הדוק עם מי שחשוד כנשא, או מי ששב מחוץ לגבולות ישראל ב-14 ימים האחרונים.
4. אני לא נפגש עם מי שנמצא בבידוד בית, ומקפיד על הנחיות משרד הבריאות בנושא.
5. אין לי חום ולא תסמינים נשימתיים (שיעול, קוצר נשימה, קושי בנשימה) או כל תסמין נשימתי אחר.
6. אני מקפיד על הנחיות ההתנהגות כפי שפורסמו ע"י משרד הבריאות לרבות: הקפדה על רחיצת הידיים במים וסבון, חיטוי בחומר חיטוי אלכוהולי לפני ואחרי הכנת אוכל, לפני אכילה ואחרי שימוש בשירותים. כמו כן, אני מקפיד על כיסוי הפה והאף בעת עיטוש או שיעול, בעדיפות אל תוך מטפחת חד פעמית או מרפק מכופף.
7. אם יתגלה לי בהמשך, שנפגשתי ב-14 הימים האחרונים עם אדם שהוחלט כי עליו לשהות בבידוד, אני מתחייב לעדכן באופן מידי את לשכת הגיוס/הממונים עליי.
8. אני מתחייב להודיע ללשכת הגיוס/הממונים עלי על כל שינוי במצבי הבריאותי.
9. אני מאשר כי יימדד לי חום ע"י איש סגל שב"ס בכל יום.

תאריך	שם מלא	מס תעודת זהות	חתימה
/ /			



אל: מדור העברת מידע לאזרחים  
מפקדת קצין השלישות הראשית, צה"ל  
מק"פ"ר, ענף רפואה, מדור פניות רפואיות  
ד.צ 02149, צה"ל

**הנדון: בקשה לקבלת אישור רפואי על אבחנות רפואיות ופרופיל צבאי שנקבעו בצה"ל**

אני החתום מטה

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מס' אישי בצה"ל
שם האב	רחוב	מס'	עיר
מיקוד			

**מבקש לקבל פרטים רפואיים מתקופת שירותי בצבא (כולל אבחנות רפואיות קודמות אם היו ופרופיל צבאי).**

נותן בזה רשות כל עובד רפואי או למוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי או לצבא הגנה לישראל או למשרד הביטחון ולמסור לשב"ס את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל באופן שתדרוש שב"ס על מצב בריאותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ואני משחרר אתכם או כל רופא מהרופאים או כל עובד רפואי אחר מעובדיכם או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים כולל בתי חולים כללים או פסיכיאטריים או שיקומיים או סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי שב"ס לא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים או רופאים או עובדיהם או מי מטעמם או נותני השירותים הנ"ל.

חתימה

תאריך





**הצהרות בריאות של מועמד לגיוס**

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_

פרופיל רפואי נוכחי \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

מועמד/ת יקר/ה, הנך מתבקש/ת למלא שאלון בריאות המצ"ב. נודה לך באם תואיל לאשר את תשובותיך ולהוסיף פרטים רפואיים במידת הצורך. יש לסמן את התשובות ב - X בריבועים המתאימים.

מס'	שאלה	לא	כן	אם התשובה חיובית – הוסף פרטים והסברים
1	האם את/ה נדרש/ת לקבל תרופות באופן קבוע? ו/ או האם את/ה נוטל/ת תרופות לטיפול במחלה כרונית באופן יומיומי?	[ ]	[ ]	
2	האם עברת תאונה או ניתוח או אשפוז בבית חולים או ביקור בחדר מיון ב 7 שנים אחרונות? אם כן נא פרטי?	[ ]	[ ]	
3	האם את/ה סובלת מסכרת? האם את/ה סובלת מבעיה של חילוף חומרים, אנדוקרינולוגיה (בלוטת תריס, אדרנל..)	[ ]	[ ]	
4	האם יש לך בעיה רפואית שבגינה התקשה/י לבצע עבודה מאומצת ו/או הרמת משאות כבדים?	[ ]	[ ]	
5	האם יש לך קשיי תפקוד מדלקת פרקים או מבעיה אורתופדית (בצוואר, בגב, בכתף, במרפק, ביד, באצבעות, בירך, בברך, בקרסול, ברגל)?	[ ]	[ ]	
6	האם יש/היו לך אפילפסיה, פרכוסים, הפרעות שיווי משקל, התעלפויות, איבודי הכרה, מיגרנה?	[ ]	[ ]	
7	האם את/ה מטופל/ת או טופלת בעבר אצל פסיכיאטר ו/או פסיכולוג? האם קיבלת/מקבל טיפול נפשי תרופתי?	[ ]	[ ]	





	[ ]	[ ]	האם הנך סובלת/מפחד גבהים, פחד ממקומות סגורים או חרדה אחרת? נא פרטי/י	8
	[ ]	[ ]	האם יש/היו לך אירוע מוחי זמני או קבוע, שיתוק/חולשה של רגל, או, יד ו/או - הפרעות תחושה (זרמים, נימול, שריפה, אובדן תחושה) בפנים, או, בגפיים?	9
	[ ]	[ ]	האם יש/היו לך מחלת לב, פגם במסתם/במחיצה בלב, צנתור לב, ניתוח לב, הפרעות בקצב הלב? האם אתה סובל מתעוקת חזה (כאבי ולחץ בחזה במנוחה או במאמץ)? האם יש חשד שאתה/סובלת/כיום ממחלת לב?	10
	[ ]	[ ]	האם אתה/סובלת/מהזעת יתר בידיים?	11
	[ ]	[ ]	האם יש לך אנמיה (חסר דם), או הפרעות קרישה: דימום-יתר, או תרומבוזות (סתימות) - בכלי דם?	12
	[ ]	[ ]	האם יש לך מחלת כבד / הפרעה בתפקודי כבד ממחלת כבד? בעיה במערכת העיכול? טחורים?	13
	[ ]	[ ]	האם יש לך מחלת כליות / דרכי שתן / הפרעה בתפקודי כליות ממחלת כליות?	14
	[ ]	[ ]	האם נפסלת מלתרום דם? האם אתה סובל ממחלות זיהומיות מדבקות? (כדוגמת שחפת/הפטיטיס)	15
	[ ]	[ ]	האם יש/הייתה לך אסתמה, או, "ברונכיטיס ספסטית"? האם במאמץ יש לך קושי בנשימה, או שיעול? האם אתה/מקבלת טיפול במשאפים?	16
	[ ]	[ ]	האם יש/היו לך נזלת אלרגית, תופעות אלרגיות בעין, פריחות אלרגיות בעור, או, אקזמה?	17
	[ ]	[ ]	האם יש/היה לך סרטן, גידול ממאיר או שפיר, או – האם טופלת או מטופלת/כיום בכימותרפיה? בהקרנות?	18
	[ ]	[ ]	האם יש לך ירידה בשמיעה? "צפצופים" באוזניים?	19



	[ ]	[ ]	האם יש לך מגבלה בעיניים ו/או הפרעת ראייה שלא מתוקנת במשקפי ראייה?	20
	[ ]	[ ]	האם נאסר עליך לנהוג ברכב מסיבות רפואיות?	21
	[ ]	[ ]	האם שרותך בצבא סדיר או מילואים נמנע או הופסק מסיבות רפואיות?	22
	[ ]	[ ]	האם הוכרת כנכה או מוגבל מטעם הביטוח הלאומי, משרד הביטחון, קרן פנסיה, או - חברת ביטוח?	23
	[ ]	[ ]	האם סבלת / סובלת כיום משתיית יתר של אלכוהול?	24
	[ ]	[ ]	האם את/ה מעשן/ת? כמה סיגריות ליום?	25
	[ ]	[ ]	האם צרכת בעבר או צורך/כת סמים כיום?	26
	[ ]	[ ]	<b>לנשים</b> : האם את סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית?	27
	[ ]	[ ]	<b>לנשים</b> : האם הנך בהריון האם יש לך ילדים? מספר?	28
	[ ]	[ ]	<b>לנשים</b> : האם עברת לידה בניתוח קיסרי?	29
	[ ]	[ ]	האם הובחנת בעבר כחולה קורונה?	30
	[ ]	[ ]	האם התחסנת לנגיף הקורונה? במידה ולא אנא פרט	31
	[ ]	[ ]	האם יש ברשותך תעודת מתחסן?	32
	[ ]	[ ]	במידה וביצעת חיסון ראשון מהו תאריך החיסון השני?	33



הצהרת המועמד/ת:

### הצהרה

שם: \_\_\_\_\_ מגדר: זכר/נקבה

ת.ז: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

מצהיר/ה בזה שכל תשובותיי הנ"ל הן נכונות, מדויקות ומלאות ושלא העלמתי דבר אודות מצבי הרפואי, הנפשי והתפקודי. הריני מצהיר/ה מדעת ומרצון חופשי על ויתור סודיות רפואית ומתיר/ה לרופאים שטיפלו ומטפלים בי לדווח לרופא מטעמו של שב"ס על מצבי הרפואי והתפקודי בעבר ובהווה. אני מתחייב להודיע לרופא מטעמו של שב"ס על כל שינוי לרעה שיחול במצבי הרפואי, הנפשי והתפקודי במהלך כל תקופת העסקתי בשב"ס. הריני מודע לכך שהסתרת מידע על מצבי הרפואי, הנפשי והתפקודי עלולה לגרום לי ו/או לסובבים אותי נזקי בריאות מסוכנים.

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ חתימה

### הצהרה

ימולא ע"י מועמדים לתפקיד סוהר ביטחון מגיל 35:

ידוע לי שאני מחויב בבדיקת מאמץ לצורך קביעת כשירותי הרפואית לפעילות גופנית מאומצת וכן כי תוקף הבדיקה היא לשלוש שנים בלבד.

הנני מצהיר כי מאז בדיקת המאמץ בתאריך \_\_\_\_\_ שהייתה תקינה לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי ואינני סובל או מטופל באחת מהביות המצוינות בחלק א' לעיל.





## הנחיות למועמדים לתפקיד בטחון

אל: הרופא המטפל

ד"ר נכבד ,

1. מר \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ הגיש מועמדות להתגייס לשירות בתי הסוהר כסוהר בטחון, ואמור להשתתף במבדקי התאמה. במסגרת עבודתו עליו לעבוד גם במשמרות לילה, לשאת אפוד מגן השוקל כ-10 ק"ג, לעמוד וללכת למרחקים קצרים בזמן המשמרת, לרוץ ולעבור אימונים אינטנסיביים של ירי, להשתתף באימוני הגנה צמית וכושר גופני וכן לפעול במצבי חרום מסכני חיים.

2. טרם גיוסו יבצע בוחן כשירויות הכולל:

- ריצה.

- כפיפות בטן.

- כפיפת מרפקים ("שכיבות סמיכה") ועוד..

3. נבקש להמציא עבור הר"מ אישור רפואי שבו יצוין האם:

א. סובל ממחלות כרוניות.

ב. סובל ממחלות מדבקות.

ג. נוטל תרופות באופן קבוע/זמני. במידה ונוטל תרופות נא לציין אילו תרופות ומדוע נוטל אותן.

א. כשיר לכל פעילות גופנית מאומצת.

ה. יש לציין האם היו מפגשים עם פסיכיאטר/פסיכולוג, האם טופל נפשית ואם קיבל/מקבל טיפול נפשי.

4. נא לבצע בדיקות מעבדה: ספירת דם מלאה, כימיה מלאה.

התוצאות יוצגו ע"י המועמד **ביום פתיחת תהליכי המיון הראשוני.**

בדיקות HCV, HBV – המועמד יידרש להציגם במעמד אישורו הרפואי הסופי וטרם גיוסו (ובתנאי שצלח את כל תהליך המיון).

**המידע שיתקבל יינתן רק לאחר ויתור סודיות רפואית מצד המועמד לגיוס וישמש את גורמי המקצוע ואנשי הרפואה.**

**נודה לך על שיתוף הפעולה בהמצאת האישורים והבדיקות הרלוונטיים.**

בברכה ,

צוות לשכת גיוס, שב"ס

