



כתב ויתור סודיות רפואית

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 לשירות בתי הסוהר או מי מטעמו, את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל 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/ת בזה את הרופא / פסיכולוג / יועץ / עובד רפואי אחר, בכל מוסד לרבות קופת חולים, בתי חולים- כלליים/ פסיכיאטריים/ שיקומיים או כל סניף מהמוסדות לעיל, מחובת שמירה על סודיות רפואית שחלה עליו על פי כל דין או אתיקה מקצועית - כלפי שירות 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 התאמתי לעבודה בשירות בתי הסוהר, במידה ואתקבל וכל עוד אהיה מועסק/ת בארגון.

ולראייה באתי על החתום

תאריך	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר ת.ז.	חתימה





הצהרת בריאות- קורונה

הנני מצהיר/ה 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 הימים האחרונים.
4. אינני נפגש/ת עם מי שנמצא בבידוד בית, ומקפיד/ה 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/ה על הנחיות ההתנהגות כפי שפורסמו על- ידי 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/ה 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/ת לעדכן באופן מיידי את לשכת הגיוס / הממונים עליי.
8. אני מתחייב/ת להודיע ללשכת הגיוס / הממונים עלי כל שינוי במצבי הבריאות.

תאריך	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר ת.ז	חתימה





אל: מדור מידע לאזרחים

מפקד/ת קצין השלישות הראשית, צה"ל
מקפ"ר ענף רפואה, מדור פניות רפואיות
ד.צ 02149, צה"ל.

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

אני החתום/ה מטה

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	מס' אישי בצה"ל

שם האב	רחוב	מס'	עיר	מיקוד

מבקש/ת לקבל פרטים רפואיים מתקופת שירותי בצבא (כולל אבחנות רפואיות קודמות אם היו ופרופיל צבאי) נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי או למוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי או לצבא הגנה לישראל או למשרד הביטחון למסור לשב"ס את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל באופן שידרוש שב"ס על מצב בריאותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בא כעת, ואני משחרר/ת 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 מוסדותיכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי כאמור ומוותר/ת 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 להגנת הפרטיות התשמ"א 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות החולים או רופאים או עובדיהם או מי מטעמם או נותני השירותים הנ"ל.

תאריך	חתימה





הצהרות בריאות של מועמד/ת לגיוס

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.

פרופיל רפואי נוכחי	גיל	תאריך

מועמד/ת יקרה/ה הנך מתבקש/ת למלא שאלון בריאות המצ"ב, נודה לך באם תואילי/י לאשר את תשובותיך ולהוסיף פרטים רפואיים במידת הצורך.
יש לסמן ב- X בריבוע המתאים.

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 בלה כרונית באופן יום יומי?			
2.	האם עברת תאונה או ניתוח או אשפוז בבית חולים או ביקור בחדר מיון ב - 7 שנים אחרונות? אם כן אנא פרטי/י			
3.	האם את/ה סובל/ת מסכרת? האם אתה סובלת מבעיה של חילוף חומרים, אנדוקרינולוגיה (בלוטת תריס, אדרנל..)			
4.	האם יש לך בעיה רפואית שבגינה תתקשה/י לבצע עבודה מאומצת ו/או הרמת משאות כבדים?			
5.	האם יש לך קשיי תפקוד מדלקת פרקים או בעיה אורתופדית (כצוואר, בגב, בכתף, במפרק, 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/ מקבלת טיפול נפשי תרופתי?			
8.	האם הנך סובל/ת מפחד גבהים, פחד ממקומות סגורים או חרדה אחרת? נא פרטי/י			





			9. 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?
			10. האם יש/ היו לך מחלת לב, פגם במסתם/ במחיצה בלב, צנתור לב, ניתוח לב, הפרעות בקצב הלב? האם הנך סובלת/ מתעוקת חזה (כאב ולחץ בחזה במנוחה או במאמץ)? האם ישנו חשד שהנך סובלת/ כיום ממחלת לב?
			11. האם את/ה סובלת/ מהזעת יתר בידיים?
			12. האם יש לך אנמיה (חוסר דם), או הפרעות קרישה: דימום- יתר, או תרומבוזות (סתומות) בכלי דם?
			13. האם יש לך מחלת כבד / הפרעה בתפקודי כבד ממחלת כבד? בעיה במערכת העיכול? טחורים?
			14. האם יש לך מחלת כליות/ דרכי שתן/ הפרעה בתפקודי כליות ממחלת כליות?
			15. האם יש/ הייתה לך אסתמה, או "ברונכיטיס ספסטית"? האם במאמץ יש לך קושי בנשימה, או שיעול? האם את/ה מקבלת טיפול במשאפים?
			16. האם נפסלת מלתרום דם? האם את/ה סובלת ממחלות זיהומיות מדבקות? (כדוגמת שחפת / הפטיטיס)
			17. האם יש/ היו לך נזלת אלרגית, תופעות אלרגיות בעין, פריחות אלרגיות בעור, או אקזמה?
			18. האם יש/ היה לך סרטן, גידול ממאיר או שפיר, או - האם טופלת או מטופלת כיום בכימותרפיה? בהקרנות?
			19. האם יש לך ירידה בשמיעה? "צפצופים" באוזניים?
			20. האם יש לך מגבלה בעניים ו/או הפרעת ראייה שלא מתוקנת במשקפי ראייה?
			21. האם נאסר עליך לנהוג ברכב מסיבות רפואיות?
			22. האם שירותך בצבא סדיר נמנע או הופסק מסיבות רפואיות?
			23. האם הוכרת כנכה או מוגבלת מטעם הביטוח הלאומי, משרד הביטחון, קרן פנסיה או חברת ביטוח?





			24. האם סבלת או סובלת כיום משתיית יתר של אלכוהול?
			25. האם את/ה מעשן/ת? במידה וכן כמה סיגריות ליום?
			26. האם צרכת בעבר או צורך/ת סמים כיום?
			27. האם אובחנת בעבר כחולה/ת קורונה?
			28. האם התחסנת לנגיף הקורונה? במידה <u>ולא</u> אנא פרטי/י
			29. האם יש ברשותך תעודת מתחסן/ מחלים?
			30. לנשים: האם את סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית?
			31. לנשים: האם הנך בהריון? האם יש לך ילדים? מספר?
			32. לנשים: האם עברת לידה בניתוח קיסרי?





הצהרת המועמד/ת:

הצהרה

שם מלא	
מגדר	זכר / נקבה
ת.ז	
כתובת	
טלפון	
נייד	

מצהיר/ה בזה שכל תשובותיי הנ"ל 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 מטעם שב"ס על מצבי הרפואי והתפקודי בעבר ובהווה. אני מתחייב/ת להודיע לרופא מטעמו של שב"ס על כל שינוי לרעה שיחול במצבי הרפואי, הנפשי והתפקודי במהלך כל תקופת העסקתי בשב"ס. הריני מודע/ת 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/ות לתפקיד סוהר/ת ביטחון מגיל 35:

ידוע לי שאני מחויב/ת בבדיקת מאמץ לצורך קביעת כשירותי הרפואית לפעילות גופנית מאומצת וכן תוקף הבדיקה היא ל- 3 שנים בלבד.

הנני מצהיר/ה כי מאז בדיקת המאמץ בתאריך _____ שהייתה תקינה לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי ואינני סובל/ת או מטופל/ת באחת מהבעיות המצוינות בחלק א' לעיל.

חתימת המועמד/ת





הנחיות למועמדים/ות לתפקיד ביטחון:

אל: הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

1. מר/ גב' _____ מס' ת.ז. _____ הגישה מועמדות להתגייס לשירות בתי הסוהר כסוהר/ת ואמור/ה להשתתף במבדקי התאמה. במסגרת עבודתו/ה עליו/ה 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 עצמית וכושר גופני וכן לפעול במצבי חירום מסכני חיים.

2. במסגרת הכשרתו/ה ושירותו/ה נדרשת לבצע:

- ריצה.
- כפיפות בטן.
- תרגול מצבי חירום משתנים.
- כפיפות מרפקים (שכיבות סמיכה) ועוד..

3. נבקש להמציא עבור הר"מ אישורים רפואיים:

- א. ספירת דם מלאה, כימיה מלאה הכוללת תפקודי כבד/כליות /רמת סוכר בדם, בדיקות HBV, HCV.
- ב. סיכום מידע רפואי הכולל:
 - סובל/ת / אינו/ה סובל/ת ממחלות כרוניות.
 - סובל/ת / אינו/ה סובל/ת ממחלות מדבקות.
 - נוטל/ת תרופות באופן קבוע / זמני, במידה ונוטל תרופות נא לציין אילו תרופות ומדוע נוטל/ת אותן.
 - כשיר/ה לכל פעילות גופנית מאומצת.
 - יש לציין האם היו מפגשים עם פסיכיאטר / פסיכולוג, האם טופלה/ה נפשית ואם קיבלה/ה / מקבל/ת טיפול נפשי.

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

