



אישור בדיקה רפואית לשם הסמכה כעגורנאי / אתת (*)

הבדיקה תבוצע ע"י רופא תעסוקתי בלבד

בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים מפעילי מכונות הרמה אחרות ואתתים), התשנ"ג-1992 (להלן- תקנות העגורנאים)

לכבוד,

משרד העבודה

מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית

ניתן להגיש את הבדיקה הרפואית באמצעות הטופס המקוון המופיע באתר מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית, בקישור:

<https://www.gov.il/he/service/request-for-tower-or-mobile-crane-operators>

1. הפניה לבדיקה רפואית לתפקיד עגורנאי / אתת:

א. **דרישות התפקיד:** מתקוף תפקידו יהיה עליו להפעיל עגורן צריח ו/או נייד ו/או גשר/שער ו/או העמסה עצמית, לעלות על משאית או תורן עגורן צריח באמצעות סולם (לגובה אפשרי של כ- 50 מטרים ואף יותר), להיות בקשר עם מפעיל העגורן, לתת לו סימני איתות ולכוונו לשינוע המטען בבטחה.

ב. בדיקות רפואיות נדרשות:

- אנמנזה מקיפה ובדיקה קלינית.
 - בדיקת כושר ראייה, לרבות חדות ראייה, ושדה ראייה היקפי (במכשיר טיטמוס II או מקביל אליו).
 - בדיקת כושר השמיעה.
 - כל בדיקה רפואית קלינית ובדיקת עזר נוספת לפי ראות עיניו של הרופא התעסוקתי.
- ג. **קריטריונים תפקודיים לקביעת אי התאמה לתפקיד (אם נמצא אצלו אחד או יותר מאלה):**

חדות ראייה נמוכה מ- 6/12 בכל עין, לאחר תיקון.

שדה ראייה היקפי קטן מ- 55 מעלות בכל צד.

ירידה בכושר השמיעה התחושתית-עצבית בשתי האוזניים באחד או יותר מאלה:

- מעל ל- 30 דציבל בממוצע בתדירות 1,000 הרץ.

- מעל ל- 40 דציבל בממוצע בתדירות 2,000 הרץ.

- מעל ל- 50 דציבל בממוצע בתדירות 3,000 הרץ.

אי התאמה אחרת, לדעת 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 כני"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).

שם המבקש	מס' ת"ז	תאריך	חתימת המבקש
עיר מגורים	רחוב	מס'	טלפון נייד
דואר אלקטרוני			

1. **בתאריך** _____ בדקתי את העובד שפרטיו מעלה בנוכחותו ולאחר שעיינתי ברשומה הרפואית שלו, מצאתי אותו

כמתאים/כבלתי מתאים ^(*) לעבוד כעגורנאי / אתת ^(*) (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 בתקנות העגורנאים: _____