

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' תעודת זהות

שאלון כושר העבודה של העמית

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תאריך לידה: ____/____/____
 מקום העבודה: _____ מקצוע: _____ תפקיד: _____

אבחנות: _____	
בבדיקה קלינית: _____	
במעבדה: _____	
בצלומי רנטגן: _____	
בבדיקות אחרות: _____	
המלצת הרופא המטפל : _____	
אישור הרופא המחוזי ד"ר: _____ מחוז: _____ תאריך: ____/____/____ חתימה: _____ X	שם הרופא המטפל: _____ מרפאה (שם וכתובת): _____ תאריך: ____/____/____ חתימה: _____ X
התייעצות עם/המלצת רופא מקצועי שם הרופא: _____ מומחה ב: _____ מסקנה: _____ תאריך: _____ חתימה: ____/____/____ X	
התייעצות עם/המלצת המחלקה לרפואה תעסוקתית שם הרופא: _____ מסקנה: _____ תאריך: _____ חתימה: ____/____/____ X	