



א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה					
שם משפחה	שם פרטי	התמחות		מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני	

ב. פרטי העמית										
שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות						

1. נא פרט מה הבעיות הרפואיות מהן סובל העמית: _____

2. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות בעקבותיהן מצוי העמית באובדן כושר העבודה: _____

3. התלונות / הסימנים לבעיות רפואיות אלו החלו בתאריך: _____

4. נא פרט היסטוריה רפואית / בדיקות רפואיות הקשורה/ות לבעיה הנוכחית: _____

5. מצבו הבריאותי הנוכחי של העמית: ☐ החלים ☐ הורע ☐ ללא שינוי, נא פרט: _____

(מקדור 12.2024)

1. העמית נמצא באובדן כושר עבודה מתאריך _____ ועד לתאריך _____
2. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו _____ באיזה היקף משרה _____
3. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר העבודה, אם ישנם: _____

חתימת
הרופא
★ המטפל

גארי



קוד מסמך: 1202