

<p>לוגו</p> <p>שירות רפואי</p> <p>תעסוקתי</p>
-----------------------------------------------

תאריך:

**טופס פנקס בריאות (לדוגמא)**

פקודת הבטיחות בעבודה (נוסח חדש), תש"ל - 1970

פרטי עובד:

שם:

ת.ז.

ת. לידה:

מין:

שם האב:

כתובת:

טלפון:

מקום עבודה:

כתובת המפעל:

טלפון:

תאריך תחילת עבודה:

תיאור עבודה: \_\_\_\_\_

חותמת המפעל \_\_\_\_\_

גורם מזיק	תאריך בדיקה נוכחית	תאריך בדיקה הבאה	סוג בדיקה	תוצאות הבדיקה

אישור השירות הרפואי המוסמך על התאמתו או אי התאמתו של העובד להתחיל או להמשיך בעבודה בגורם מזיק שלשמו הוא נבדק: \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

שם השירות הרפואי המוסמך וכתובתו	שם הרופא המורשה שבדק את העובד