



כ"א באדר א' תשפ"ב
22 בפברואר 2022

לכבוד
עובדי/ת הרשות הארצית לכבאות והצלה

שלום רב,

הנדון: בדיקות רפואיות תקופתיות

1. משימת לוחם/ת האש כרוכה במאמץ גופני משמעותי וחשיפה לגורמי סיכון.
2. מתוך דאגה לבריאות לוחמי/ות האש ולצורך הגנה על שלומם, לצד המשך שיפור התנאים להבטחת ביצוע משימתם המבצעית, הרשות התקשרה בהסכמים עם בתי חולים ברחבי הארץ, לצורך ביצוע בדיקות תקופתיות.
3. בהמשך לעבודת מטה שהוביל קרפ"ר הרשות, הותאמו סוגי הבדיקות האמורות לבדיקות הנהוגות בעולם והקבועות בתקנים בינלאומיים מובילים, למאפייני תפקיד לוחם/ת האש בכבאות והצלה לישראל.
4. הבדיקות יבוצעו ע"י צוות רפואי מטעם בתי החולים נותני השירות וכוללות בין היתר, את הבדיקות הבאות: תפקודי ריאות, מערכת כלי הדם, בדיקות דם כלליות, א.ק.ג, שמיעה, ראייה, גורמי סיכון למחלה ממאירה, בדיקת מאמץ ועוד.
5. מטרת הבדיקות הינה מניעת תחלואה, גילוי מוקדם לשם טיפול, ומתן אינדיקציות לשיפור מצבם הרפואי של לוחמי/ות האש.
6. לוחם/ת אש המעוניין/ת לבצע בדיקות רפואיות כאמור לעיל, יתבקש לחתום על טופס ויתור סודיות רפואית והסכמה להעברת תוצאות הבדיקה לקרפ"ר הרשות / רופאת שירות המדינה.
7. לוחם/ת אש המעוניין/ת בביצוע הבדיקות כאמור לעיל, נדרש/ת לשלוח פנייה בציון פרטיו/ה האישיים (שם מלא, מספר תעודת זהות, תאריך לידה ומספר טלפון) אל כתובת דוא"ל ייעודית שכתובתה: health@102.gov.il. הפרטים יועברו לבית החולים הרלוונטי לצורך זימון התור.
8. מובהר כי מספר המקומות מוגבל.
9. בברכה בריאות שלמה ואיתנה.

מחלקת רפואה
כבאות והצלה לישראל



כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה לרשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לרשות הארצית לכבאות והצלה ו/או רופאת המדינה (להלן: **המבקש**) את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שיידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. **השימוש במידע ייעשה לצורך ניטור ומעקב אחר בריאותי כעובד הרשות הארצית לכבאות והצלה ויימסר לגורמי הרפואה המוסמכים ברשות.**

שם העובד: _____ ת.ז: _____ תאריך: _____ חתימה: _____