

שמור  
(לאחר המילוי)



מדינת ישראל

תאריך: \_\_\_\_\_

לפקס: \_\_\_\_\_

עבור: \_\_\_\_\_

**הנדון: בקשה לעריכת בדיקת עיניים.**

רופא עיניים/אופטומטריסט נכבד,

מר/ת \_\_\_\_\_ מועמד לעבודה במסגרתנו.

לשם אישור מועמדותו, אנו זקוקים לתוצאות הבדיקות הבאות. אנו מודים לך מראש על שיתוף הפעולה.

תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_

**פרקציה אוטומטית (ניתן לצרף את תלוש התשובות של המכשיר):**

Ax	Cyl	Sph	
			עין ימין
			עין שמאל

**בדיקת חדות ראייה:**

עם תיקון		ללא תיקון			
40 ס"מ	6 מטר	תשובה סובייקטיבית	40 ס"מ	6 מטר	
NO.	/6		NO.	/6	עין ימין
NO.	/6		NO.	/6	עין שמאל

**בדיקת אישארה: (עורון גוונים/צבעים):**

יש עיוורון צבעים / אין עיוורון צבעים (מחק את המיותר)

תאריך:	חתימת רופא העיניים	חותמת:
_____	_____ / האופטומטריסט:	_____

**כתב ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ:

שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי קודם	שם האב	מס' זהות של המועמד

נתון בזאת רשות לרופא, או לעובד רפואי, או למוסד רפואי, למסור למבקש את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרוש המבקש, על מצב בריאותי וכל ממצא רפואי לרבות נפשי, שיקומי, או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה כל רופא או כל עובד רפואי אחר, או כל מוסד, כולל בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מהמוסדות לעיל או פסיכולוג, מחובת שמירה על סודיות רפואית כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי משרד ראש הממשלה, ו/או רשות ביטחון, ו/או כל אדם הפועל מטעמם, או בשליחותם, ולא תהיה לי כל טענה מסוג כלשהו בהקשר למסירת מידע כאמור.

**ולראיה באתי על החתום**

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_