

לכבוד :

המוסד לביטוח לאומי
סניף
מחלקת נפגעי עבודה

מספר תיק :

שם המבוטח :

שאלון למעביד בגין מיקרוטראומה – גב

א. פרטים על מקום העבודה

1.	ציין תאריך התחלת העבודה במפעל
2.	מספר ימי העבודה בשבוע כמה שעות ביום
3.	באיזה תפקיד/מקצוע

ב. תיאור העבודה

1.	תאר את סדר יום של העובד מתחילת היום ועד סופו
2.	תאר במדויק ופרט את הפעולות אותן מבצע העובד, תוך פירוט התנועות הנדרשות לביצוע הפעולות
3.	באיזו תדירות מבצע העובד את הפעולות?
4.	כמה זמן במשך היום מבצע העובד כל פעולה?
5.	האם העובד מבצע אותה עבודה יום יום?

ג. האם עבודה הכרוכה בהרמת חפצים/משאות ☐ כן (נא השב לשאלות שלהלן) ☐ לא

1. באלו משאות מדובר? תאר ופרט _____

2. מה משקל המשאות? _____

3. האם מדובר במשקלים שונים? נא לפרט

_____ ☐ _____ ☐

_____ ☐ _____ ☐

4. מהיכן צריך העובד להרים את המשא? _____

5. לאן ולאיזה מרחק צריך העובד להעביר או להניח את המשא? _____

6. כמה פעמים ביום העובד מרים / נושא את המשא? _____

7. במהלך היום, כמה זמן עוסק העובד בפעולות אלו? _____

8. האם פעולת ההרמה / נשיאת המשא ופריקתו נמשכת ברציפות לאורך כל היום? _____

9. אם לא – האם בין ההרמות העובד מבצע פעולות נוספות? – פרט

_____ ☐ _____ ☐

_____ ☐ _____ ☐

10. האם העובד נעזר בכלי עבודה לביצוע העבודה?

☐ כן ☐ לא

11. באילו כלים העובד משתמש? פרט -

_____ ☐ _____ ☐

_____ ☐ _____ ☐

הערות:

הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל נכונים

ידוע לי כי מסירת פרטים שאינם נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.

תאריך: ____ / ____ / ____ שם פרטי ושם משפחה: ____ חתימה: ____

תפקידך במפעל _____

בל/ 297