

שם המבוטח
מספר זיהוי

לכבוד:
המוסד לביטוח לאומי
סניף
מחלקת נפגעי עבודה

תביעה בגין ליקוי שמיעה – שאלון למעביד

1. מהו תאריך תחילת עבודתו אצלכם _____ תאריך סיום העבודה _____

2. מה מקצועו? _____

3. באלו תפקידים הועסק במפעל

יש לציין תקופות העסקה, שם מנהל העבודה / ממונה במפעל

התפקיד _____ התקופה _____ שם הממונה _____

התפקיד _____ התקופה _____ שם הממונה _____

התפקיד _____ התקופה _____ שם הממונה _____

4. באלו תחנות עבד ?

התחנה _____ התקופה _____

התחנה _____ התקופה _____

התחנה _____ התקופה _____

5. עם אלו מכוונות ומכשירים עבד / עובד .

יש לציין את שם המכונה / המכשיר / דגם / שנת ייצור,

שם המכונה / המכשיר _____ מס' שעות ביום _____ תקופת העבודה _____

שם המכונה / המכשיר _____ מס' שעות ביום _____ תקופת העבודה _____

שם המכונה / המכשיר _____ מס' שעות ביום _____ תקופת העבודה _____

6. סמן היכן התבצעה העבודה ☐ מקום סגור ☐ מקום פתוח

7. האם בסביבת עבודתו פעלו מכוונות נוספות ? ☐ כן ☐ לא

ציין אלו מכוונות _____

8. מה סוג הרעש במקום עבודתו? ☐ קבוע ☐ משתנה

9. מה זמן חשיפתו הכללי לרעש? _____ שנים _____ חודשים.

10. מה זמן חשיפתו היומי לרעש? _____ שעות ליום.

11. האם סיפקת ל מגיני אוזניים ? ☐ כן ☐ לא

12. האם השתמש במגינים שסופקו לו ? ☐ כן ☐ לא

13. האם בוצעו בדיקות רעש תקופתיות במקום העבודה? ☐ כן ☐ לא

אם כן, נא צרף תוצאות המדידות וסמן על גבי הרשימה את תחנות העבודה של העובד.

14. האם עבר בדיקות שמיעה תקופתיות במסגרת עבודתו? ☐ כן ☐ לא

אם כן, נא צרף תוצאות הבדיקות, וצילום פנקס בריאות של העובד

15. האם עבר בדיקות שמיעה קודם להתחלת עבודתו במפעל? אם כן נא לצרף תוצאותיהן.

16. האם התלונן על ירידה בשמיעה ☐ כן ☐ לא

אם כן, ממתי _____

17. נא ציינו את פרטי איש הקשר של המפעל (שם מלא, תפקיד ומספר טלפון) לצורך תיאום מדידת מפלסי

הרעש

הערות: _____

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	תפקיד	חתימה
-------	---------	----------	-------	-------

בל/3424מ