

ההסכם בין הפדרציה הרוסית לבין מדינת ישראל על שיתוף הפעולה בתחום הביטחון הסוציאלי מתאריך 6 יוני 2016

Данные компетентного учреждения, которому адресован формуляр/  
Data of the competent institution to which the form is addressed

פרטי המוסד אליו נשלח הטופס

Наименование/Name..... שם המוסד

Адрес / Address..... כתובת המוסד

ФОРМУЛЯР О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ/ FORM OF MEDICAL EXAMINATION

טופס בדיקה רפואית

Статья 19 Договора, Статья 5, 10 Соглашения о применении Договора/  
Article 19 of the Treaty, Articles 5, 10 of the Agreement on implementation of the Treaty  
סעיף 19 בהסכם, סעיף 5 בהסדר להפעלת ההסכם

1.1. ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ ОБСЛЕДУЕМОГО ЛИЦА/  
PERSONAL DATA OF THE EXAMINED PERSON <sup>1</sup>

פרטים אישיים של הנבדק<sup>1</sup>

Фамилия/Surname..... שם משפחה

Имя/Name..... שם פרטי

Отчество/Patronymic..... שם האב

Дата рождения/ Date of birth ..... תאריך לידה

Пол/ Sex  муж./ male  жен./ female  
זכר נקבה מין

Гражданство/Nationality..... אזרחות

Адрес / Address..... כתובת

Последняя должность/ Last position..... תפקיד אחרון

№ страхового свидетельства обязательного пенсионного  
страхования в России (СНИЛС) /  
Number of the certificate of compulsory pension insurance in Russia (PIAN)

Персональный код в Израиле/  
Personal code in Israel  
מס' זהות בישראל

מס' ביטוח סוציאלי ברוסיה

Дата подачи заявления на пенсию (пособие)/  
Date of application for the pension (benefit) ..... תאריך הגשת הבקשה לקביעת פנסיה

Дата подачи заявления о пересмотре в связи с ухудшением состояния здоровья/  
Date on submittal of application on reviewal, in connection with health deterioration  
תאריך הגשת בקשה לבדיקה חוזרת בשל הדרדרות מצב הבריאות

<sup>1</sup> Заполнять печатными буквами/Fill in with capital letters

**1.2. ДАННЫЕ ВРАЧА, ЗАПОЛНЯЮЩЕГО МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ /  
INFORMATION OF THE DOCTOR FILLING IN THE MEDICAL DATA**

**פרטי הרופא אשר מילא את הנתונים**

Фамилия/Surname..... שם משפחה  
 Имя/Name..... שם פרטי  
 Отчество/Patronymic..... שם האב  
 Адрес / Address..... כתובת  
 .....  
 Специализация врача/ Specialization of the doctor ..... התמחות רפואית  
 Дата:/ Date..... תאריך

Фамилия,имя (обследуемого):/ Surname, name (of the examined person)

**שם משפחה ושם פרטי (של הנבדק)**

2.1. Заключение, составленное на основании личного осмотра (Дата): Conclusion based on personal examination (Date):	סיכום על סמך בדיקה אישית (תאריך):
2.2. Медицинское заключение составил/ The medical conclusion was made by.....	הסיכום הרפואי נעשה ע"י.....
Подпись:/ Signature: ..... חתימה	Дата:/ Date..... תאריך

3. История болезни пациента/ Medical history of the patient

**תולדות המחלה של המטופל**

3.1 Медицинская история болезни:/ Medical history of the disease:	מהלך המחלה:
3.2. Основные жалобы в настоящее время:/ The main current complaints	עיקר התלונות נכון לעכשיו:
3.2.1. Врач, лечащий пациента в настоящее время:/ Current doctor of the patient	רופא המטפל במטופל כעת:
3.3. Лечение, проводимое в настоящее время:/ Current medical treatment :	טיפול הניתן כעת:
3.4. Социальная и трудовая история:/ Social and labour history:	היסטוריה תעסוקתית וחברתית
3.4.1. Продолжает ли пациент работать в настоящее время? / Does the patient keep on working at the moment? <input type="checkbox"/> да/ yes כן <input type="checkbox"/> нет/ no לא количество рабочих часов:/ amount of working hours: ..... Место работы в настоящее время:/ Current place of employment .....	האם המטופל ממשיך לעבוד כעת? כמות שעות עבודה: מקום העבודה הנוכחי:
3.4.2. Несчастный случай на работе/профзаболевание:/ Industrial injury/ occupational disease	תאונת עבודה/ מחלת מקצוע:
3.4.3. Последняя должность:/ Last position:.....	התפקיד האחרון:
3.4.4. Период нетрудоспособности / Disability period .....	החל מ-..... c: / from: .....
Работа прекращена / Employment has been suspended from:.....	הפסקת תעסוקה:..... c: / from:.....

## 4. Результаты/ Results:

## תוצאות הבדיקה :

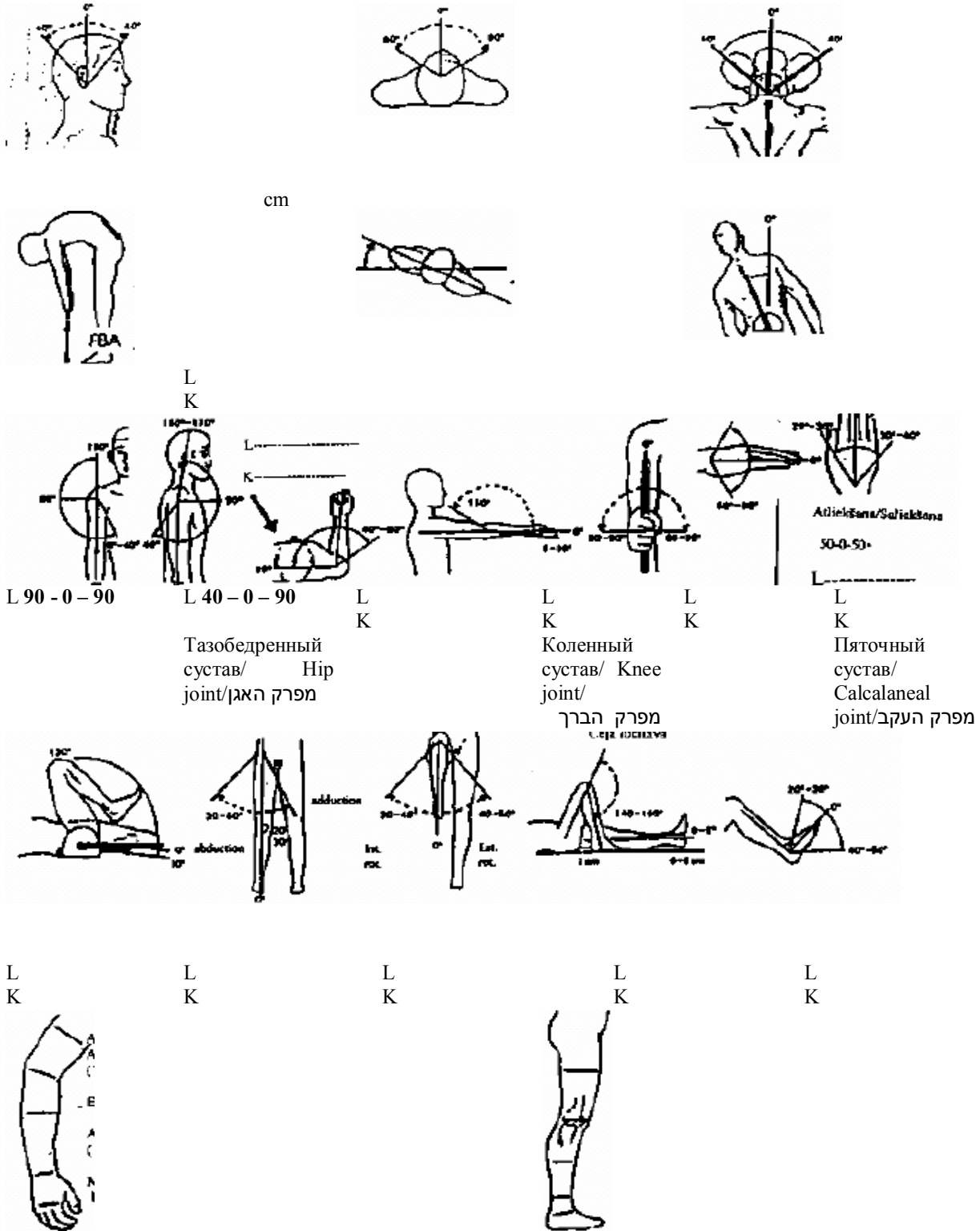
4.1. Общее состояние / General state:.....	נתונים כלליים:
Рост:/ Height:.....משקל	גובה:.....
Вес: <input type="checkbox"/> нормальный <input type="checkbox"/> повышенный <input type="checkbox"/> пониженный / Weight: normal, excessive, insufficient	משקל: <input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> עודף <input type="checkbox"/> חסר
Слизистая:/ Mucous:.....	רירית:
Кожа:/ Skin: .....	עור:
Психическое состояние:/ Mental state:.....	מצב נפשי:
Замечания:/ Notes:.....	הערות:
4.2. Голова:/ Head: .....	הראש:
4.2.1. Зрение:/ Eyesight: .....	מצב ראייה:
4.2.2. Слух:/ Hearing:.....	מצב שמיעה :
4.2.3. Другие органы чувств:/ Other sense organs:.....	מצב חושים אחרים :
4.3. Горло:/Throat:.....	גרון :
4.3.1. Щитовидная железа:/ Thyroid gland:.....	בלוטת התריס :
4.3.2. Лимфоузлы:/ Lymph glands:.....	בלוטות לימפה:
4.3.3. Другие наблюдения:/ Other observations:.....	בדיקות נוספות :
4.4. Органы дыхания:/ breathing organs:.....	דרכי נשימה :
4.5. Система кровообращения:/ Blood circulatory system:.....	מערכת מחזור הדם:
4.5.1. Сердце:/Heart: .....	לב :
4.5.2. Пульс:/Pulse:.....	דופק:
4.5.3. Давление (в спокойном состоянии): / Pressure (in calm state) : .....	לחץ דם (במצב נוח):.....
4.5.4. Давление (повторное измерение):/ Pressure (repeated measurement) : .....	לחץ דם (מדידה חוזרת):.....
4.5.5. Периферические кровеносные сосуды:/ Peripheral blood vessels:.....	כלי דם היקפיים:
4.5.6. Отек:/ Edema:.....	בצקות:
4.5.7. ЭКГ (в спокойном состоянии): ECG (in calm state):.....	א.ק.ג. במצב נוח:
4.6. Брюшная полость:/ Abdominal cavity:.....	חלל הבטן:
4.6.1. Система пищеварения и связанные с ней органы: / Digestion system and the related organs:	מערכת העיכול והאיברים הקשורים אליה:
4.6.2. Печень:/ Liver:.....	כבד:
4.6.3. Селезенка: / Spleen:.....	טחול:
4.6.4. Эндокринная система:Endocrine system:.....	המערכת האנדוקרינית:
4.7. Мочеполовая система: / Genitourinary system:.....	מערכת השתן ואיברי המין:

4. Обследование опорно-двигательной системы (нейтрально-нулевым методом)/ Examination of muscular-skeleton system (with neutral-zero method) בדיקת מערכת התנועה

Указать только патологические данные или нормальные данные, у которых есть особые характеристики /

Only pathological data and normal data with special characteristics should be specified

יש לציין נתונים פתולוגיים או רגילים בעלי תכונות מיוחדות



4.8. Опорно-двигательная система (если необходимо – использовать таблицу)/ Supporting-motor system (use the table, if necessary)	מערכת התנועה (במידת הצורך יש להשתמש בטבלה)
4.8.1. Позвоночник:/ Backbone:	עמוד שדרה:
4.8.2. Руки: / Arms:	ידיים:
4.8.3. Ноги:/ Legs:	רגלים:
4.9 Состояние лимфоузлов: / State of lymph nodes :	מצב בלוטות הלימפה:
4.10. Неврологическое состояние:/ Neurological state:	מצב נוירולוגי:
Движение (мышечный тонус)/ Motion (muscular tone):	תנועה (טונוס שרירים):
<input type="checkbox"/> норма/ norm נורמלי <input type="checkbox"/> негибкие/non-flexible בלתי גמיש <input type="checkbox"/> увеличен/extended מוגבר <input type="checkbox"/> слабый / weak חלש	
Ходьба/Ambulation	הליכה
<input type="checkbox"/> норма/norm נורמלי <input type="checkbox"/> тяжелая/hard קשה	
<input type="checkbox"/> повреждена правая сторона/the right side is damaged צד ימין נפגע	
<input type="checkbox"/> повреждена левая сторона/the left side is damaged צד שמאל פגוע	
Рефлексы:/ Reflexes.....	רפלקסים
4.11. Психоавтономные симптомы или физические симптомы психологического Происхождения:/ Autonomous mental symptoms or physical symptoms of mental origin:	תסמינים נפשיים או גופניים בעלי אופי נפשי:
4.12. Другие(аллергия и т.п.):/ Other (allergy, etc.):	שונות (אלרגיה וכד'):

5. Функциональное и другое тестирование (если необходимо)/ Functional and other testing (if necessary)

**בדיקות תפקודיות ואחרות (במידת הצורך)**

5.1. Деятельность легких:/ Lung activity:	תפקוד הראיות:
5.2. Сердечная деятельность (тест ЭКГ под нагрузкой)/ Heart activity (exercise ECG):	תפקוד הכליות (בדיקת א.ק.ג. במאמץ)
5.3. Доплер ультразвукография сердца и кровеносных сосудов:/ Doppler US of heart and blood vessels	אולטרסאונד דופלר ללב וכלי דם:
5.4. Визуальная диагностика (указать, когда проведена)/ Visual diagnostics (specify the date)	אבחון ויזואלי (לציין מתי נערך):
5.4.1. Последнее исследование рентгена: /Last x-ray researches:	בדיקת רנטגן האחרונה:
5.4.2. Предыдущее исследование рентгена:/Previous x-ray researches:	בדיקת רנטגן קודמת:
5.4.3. Ультрасонография (брюшной полости и др.): / US (of abdominal cavity, etc.):	בדיקת אולטרסאונד של חלל הבטן וכו':
5.4.4. Электромагнитный резонанс и др. особые обследования: / Electromagnetic resonance and other special researches:	MRI ובדיקות אחרות
5.5. Лабораторные исследования:/ Laboratory researches:	בדיקות מעבדה:
5.6. Другие исследования:/ Other researches:	בדיקות נוספות:

6. Дополнительные данные для других исследований специалиста (заполняется, только если существенно):/  
Additional data for the researches of other specialist (filled, only if important)

פרטים נוספים לצורך בדיקות רופא מתמחה אחרות (יש למלא במידה והן משמעותיות בלבד):

## 7. Диагноз/ Diagnosis

אבחון


Печать: /Seal:.....חותמת

Дата:/ Data:.....תאריך

Подпись лечащего врача/ Signature of the consulting physician \_\_\_\_\_ חתימת הרופא הבודק

Подпись заведующего отделением/ Signature of the head of department \_\_\_\_\_ חתימת ראש המחלקה

Подпись заместителя главного врача по клинко-экспертной работе/ Signature of the deputy physician-in-chief on clinical and expert work \_\_\_\_\_ חתימה סגן הרופא הראשי של הרופא המחזי

## 8. Заключение:/ Conclusion

סיכום הרופא התעסוקתי

Течение болезни:/ Progress of disease	מהלך המחלה	
Ущерб здоровью:/ Damage to health	נזק בריאותי	
Функциональные недостатки:/ Functional deficiencies	הפרעות תפקודיות	
Ограничение трудоспособности:/ Incapacitation	הגבלת כושר עבודה	
Сравнительно с предыдущими данными от:/ As compared to previous data;	בהשוואה לנתונים קודמים מתאריך:	
<input type="checkbox"/> улучшение/ improvement / שיפור	<input type="checkbox"/> ухудшение/deterioration/ הרעה	<input type="checkbox"/> без изменения/ without changes/ ללא שינוי

9. Застрахованное лицо может регулярно осуществлять работу /The insured person may perform the work on a regular basis  
המבוטח מסוגל לעסוק באופן סדיר בעבודה:

<input type="checkbox"/> Тяжелую/ Hard	קשה
<input type="checkbox"/> Средней тяжести/ Moderate	בעומס בינוני
<input type="checkbox"/> Легкую/ Easy	קלה

## 10. Необходимо учитывать следующие ограничения / It is necessary to take into account the following restrictions

יש להתייחס להגבלות הבאות:

10.1 Работа не может быть связана с:/ The work cannot be connected with:	התעסוקה אינה אפשרית בתנאים הבאים:
<input type="checkbox"/> Влажностью /Humidity/ לחות	<input type="checkbox"/> Холодом/ Cold/ קור
<input type="checkbox"/> Жарой / Heat/ חום	<input type="checkbox"/> Шумом/Noise/ רעש
<input type="checkbox"/> Табачным дымом,газом,паром / tobacco smoke, gas, steam / עשן סיגריות, עשן, אדים חמים	
<input type="checkbox"/> Ночной работой / Night work / עבודה לילית	
<input type="checkbox"/> Постоянным перемещением / Constant moving / תנועה מתמדת	
<input type="checkbox"/> Работой на высоте/ Working at height/ עבודה בגובה	
<input type="checkbox"/> Частыми наклонами, переносом тяжестей /Frequent cants, carrying heavy loads/ התכופפויות תכופות, העברת משאים כבדים	
<input type="checkbox"/> Поднятием по лестницам/ Raising the staircases/ עליה במדרגות	



