

1 תקנות הרופאים, התשל"ז-1976

בתוקף סמכותי לפי סעיף 61 לפקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, אני מתקין תקנות אלה:

1. הגדרות

(תיקון התשע"ז)

בתקנות אלה -

"רשיון" - (נמחקה);

"רופא מחוזי" - רופא בשירות משרד הבריאות ששר הבריאות הפקידו על לשכת בריאות מחוזית או נפתית;

"רופא" - רופא מורשה כמשמעותו בסעיף 2 לפקודה;

"המחלקה" - המחלקה למקצועות רפואיים במשרד הבריאות.

2. טופס בקשה לעסוק ברפואה

בקשה לרשיון תוגש למנהל, באמצעות הרופא המחוזי באזור מגוריו של המבקש, לפי טופס 1 שבתוספת, ויצורפו לה שאלון לעובדים מקצועיים בשירותי הרפואה הערוך לפי טופס 2 שבתוספת, העתק או צילום מאומת מהדיפלומה המעידה על השכלתו הרפואית של המבקש, וכן תעודה המעידה על אזרחות ישראלית לפי סעיף 15 לחוק האזרחות, התשי"ב-1952, או תעודת משרד הפנים על מעמדו של המבקש בישראל לפי חוק הכניסה לישראל, התשי"ב-1952.

3. הודעה על מען

רופא יודיע בכתב על מען מגוריו ומען חדר עבודתו, ועל כל שינוי בהם, למנהל באמצעות מנהל המחלקה ולרופא המחוזי, תוך ארבעה-עשר יום מיום שניתן לו הרשיון או מיום השינוי, לפי הענין.

4. שימוש בשם והתכתבות

בעיסוקו המקצועי ובהתכתבו עם משרד הבריאות ישתמש רופא בשמו הרשום ברשיונו; בכל התכתבות עם משרד הבריאות יציין הרופא בנוסף לשמו כאמור גם את מספר רשיונו.

5. שינוי שם

שונה שמו של רופא, מכל סיבה שהיא, לפי חוק השמות, התשט"ז-1956, יודיע בכתב על כך למנהל באמצעות מנהל המחלקה ולרופא המחוזי, תוך שלושים יום לאחר תאריך השינוי, בצירוף תעודת משרד הפנים על שינוי השם.

6. רישום שינוי שם

נוכח המנהל כי שמו של רופא שונה כדן ונמסרה הודעה כאמור בתקנה 5, יורה לשנות את שמו של הרופא ברשיונו ובכל רישום אחר הנעשה מטעם משרד הבריאות.

7. הודעה על אבדן רשיונות

(תיקון התשע"ז)

אבד רשיון של רופא, יודיע על כך מיד לתחנת המשטרה הקרובה ולמנהל; ההודעה למנהל תינתן בכתב באמצעות הרופא

המחוזי ויפורטו בה נסיבות אבדן הרשיון, ויצורפו לה תצהיר לפי סעיף 15 לפקודת הראיות [נוסח חדש], התשל"א-1971, המאמת את העובדות המפורטות בהודעה, אישור בכתב מתחנת המשטרה על מסירת הודעה כאמור, ואישור על תשלום האגרה שלפי תקנה 8ב.

8. הוצאת העתקי רשיונות

ניתנה הודעה למנהל כאמור בתקנה 7 רשאי הוא להוציא העתק רשיון במקום האבוד, בסייגים שימצא לנכון; על העתק כאמור יצוין שהוא העתק המחליף את המקור שאבד.

8א. אבדן אישור תואר מומחה

(תיקון התש"ם)

הוראות תקנות 7 ו-8 יחולו בשינויים המתאימים גם על אבדן אישור תואר מומחה שניתן לפי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973.

8ב. אגרת העתק רשיון

(תיקון התשע"ז)

בעד העתק של רשיון, תשלום אגרה בסכום כמפורט בפרט 26 בתוספת השנייה לתקנות אגרות בריאות, התשמ"ט-1989.

9. קביעת הודעה מחוץ לחדר העבודה

(א) הודעה שרופא רשאי לקבוע מחוץ לחדר עבודתו לא תהיה גדולה מ-6040 סנטימטרים.

(ב) הודעה כאמור בתקנה זו לא תכיל אלא את הפרטים כלהלן, כולם או מקצתם:

(1) שם הרופא, שלפניו יבוא הכינוי "דוקטור" או כל קיצור של כינוי זה, ולאחריו, אם הוא בעל תארים אקדמיים

או דיפלומות, אותיות המציינות אותם תארים או דיפלומות;

(2) ההגדר "רופא", ובמקרה שהרופא מצמצם את עצמו לענף מיוחד של עיסוק רפואי מלים המתארות אותו

ענף;

(3) תואר מומחה כפי שאושר לו לפי תקנות המתעסקים ברפואה (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-

1973;

(4) שעות הקבלה.

(ג) המנהל רשאי לאסור, בצו כללי או מיוחד, את השימוש בכל ראשי תיבות, קיצורים, הגדרים או תארים, בכל הודעה כאמור

בתקנה זו, אם, לדעתו, עלולים הם לטעת בקרב הציבור רושם בלתי נכון על ההכשרה המקצועית של רופא, ורופא שעליו חל

הצו לא ישתמש בראשי תיבות, קיצורים, הגדרים או תארים שנאסרו כאמור.

(ד) רופא המשנה את מען חדר עבודתו, רשאי לקבוע מחוץ לחדר עבודתו הקודם, לתקופה שלא תעלה על שלושה חודשים,

הודעה כאמור בתקנה זו בצירוף כתובת או הודעה המודיעה על מען חדר עבודתו החדש.

10. תעודת רופא

תעודה של רופא המכוונת להיות מוצגת בבית-משפט, בבית-דין או בערכאה שיפוטית או מעין שיפוטית אחרת, ואשר לא

נקבע לה טופס בדין אחר, תיחתם בידו ותהא ערוכה לפי טופס 3 שבתוספת, כשכל הפרטים הדרושים לפיו ממולאים

במדויק.

11. ביטול

תקנות המתעסקים ברפואה, 1947 - בטלות.

12. הוראת מעבר

בקשות לרשימות שביום תחילתן של תקנות אלה טרם נסתיים הדיון בהן והודעות שהוגשו או ניתנו לפי תקנות המתעסקים ברפואה, 1947, רואים אותן כאילו הוגשו לפי תקנות אלה.

13. השם

לתקנות אלה ייקרא "תקנות הרופאים, התשל"ז-1976".

תוספת

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה לרשיון / היתר זמני* לעסוק ברפואה

אל: המנהל הכללי של משרד הבריאות,

באמצעות הרופא המחוזי/הנפתי*

שם המבקש:

בעברית

פרטי משפחה

בלועזית

פרטי משפחה

מס' ת.ז.

למקרה שהמבקש אינו תושב ישראל:

דרכון מס' _____

(ארץ נתינות)

* מחק את המיותר.

מענו:

מס' הבית

שכונה/רחוב

עיר/ישוב

הריני מבקש בזה רשיון/היתר זמני* לעסוק ברפואה בהתאם לפקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976.

חתימת המבקש

תאריך

רצופים: שאלון לעובדים מקצועיים בשירותי הרפואה

העתק/צילום* מאושר של דיפלומה

תעודת אזרחות/תעודת משרד הפנים על מעמדי בישראל*

טופס 2

(תקנה 2)

מקום התמונה

(ללא משקפי

שמש)

שאלון לעובדים מקצועיים בשירותי הרפואה

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| מספר | מספר | מספר | מספר | מספר |
| תעודת | תעודת | תעודת | תעודת | תעודת |
| זהות | זהות | זהות | זהות | זהות |

א. המקצוע:

1. שם המשפחה _____ השם הפרטי _____ שם

האב _____

(באותיות ברורות ובנקוד מלא)

1א. שם המשפחה באותיות לטיניות _____ השם הפרטי _____ שם האב _____

2. אם שינית את שמך רשום את השם הקודם: _____

(באותיות ברורות ובנקוד מלא)

3. הכתובת המדוייקת: ישוב _____ רחוב _____ מס' הבית _____

4. התאריך המדויק של הלידה _____ 5. מקום הלידה _____ 6. ארץ הלידה _____

7. תאריך עליה ארצה _____ 8. הארץ שממנה עלה _____

9. האזרחות הנכחית: א. _____

ב. _____

10. האזרחות הקודמת: א. _____

ב. _____

11. הדת _____ 12. _____

הלאום _____

13. מצב משפחתי: רוק(ה) נשוי(אה) אלמן(ה) גרוש(ה)

ב. 1. האם שרת בצה"ל: כן/לא* 2. מתאריך _____ עד תאריך _____

* נא למחוק את המיותר (ואת הסיבה, אם לא שרתת).

3. מס' פנקס יוצא צבא (רק ליוצאי צה"ל), מס' אישי (רק לחיילי צה"ל)* _____
הפרופיל האחרון:

ג. 1. מקום ומספר השנים של לימודים השכלה כללית: בי"ס יסודי _____

תיכון _____

השכלה גבוהה - קולג', טכניון, אוניברסיטה וכיו"ב

(נוסף למקצוע אליו מתייחסת הבקשה):

א. תואר ראשון _____ שם המוסד _____ תאריך הדפלומה _____

ב. תואר שני _____ שם המוסד _____ תאריך הדפלומה _____

- ג. תואר שלישי _____ שם המוסד _____ תאריך הדפלומה _____
2. לימודים במקצוע אליו מתייחסת הבקשה לפני קבלת הדיפלומה (פרט בדיוק את השנים האקדמיות או הסמסטרים וציין לכל אחד את שם האוניברסיטה או בית-הספר _____)
3. (א) האם עברת שנת סטז' אחרי גמר הבחינות כן/לא (לבוגרי הארץ)* _____

(רק אם עבדת במשרה מלאה במשכורת לפי ימי עבודה שלמים)

(ב) האם עברת שנת סטז' אחרי קבלת התואר כן/לא (לבוגרי הארץ)* _____

(רק אם עבדת במשרה מלאה במשכורת לפי ימי עבודה שלמים)

(ג) ציין את מקום הסטז' ואת תקופתו _____

4. התואר (כפי שרשום בדיפלומה) _____

5. תאריך מדויק של קבלת התואר _____

6. שם המוסד בו קבלת את הדיפלומה או התואר _____

7. האם קבלת בחוץ-לארץ רשיון עבודה במקצוע? איפה ומתי? _____

8. האם הוכרת כמומחה לענף מסוים? האם השתלמת או התמחית בסוגי עבודה מיוחדים? _____

האם קבלת תארים או דיפלומות נוספים? _____

אם כן, ציין את המקצוע, התואר, מקום ושנת קבלתו _____

ד. 1. באילו שפות אתה שולט? _____

2. מקומות עבודה מאז קבלת הדיפלומה או תעודת גמר הלימודים: _____

| שם המוסד | המקום | התפקיד | מתאריך | עד תאריך |
|----------|-------|--------|--------|----------|
|----------|-------|--------|--------|----------|

א. _____

ב. _____

ג. _____

ד. _____

ה. _____

* נא למחוק את המיותר. _____

3. האם יש לך משרה? כן/לא* אם כן: שלמה/חלקית* באיזה מוסד? _____

באיזה מקום? _____ ממתי? _____ באיזה תפקיד? _____

4. האם אתה עובד באופן פרטי? כן/לא* אם כן: באיזה מקום? _____

רח' מס' הבית _____

ה. 1. האם היה נגדך משפט בענינים פרופסיונליים? כן/לא*.

2. (א) האם נשלל או הותלה רשיוןך בארץ ממנה באת? כן/לא*.

(ב) בארץ אחרת? כן/לא*.

אני מצהיר בזאת שכל הנתונים שמסרתי בשאלון זה הינם נכונים, ושדוע לי כי אם יתברר שאינם נכונים - אני צפוי לעונש בהתאם לחוק הישראלי.

חתימת

תאריך

המבקש

בעברית ובאותיות לאטיניות

ו. הערה: נא לצרף לשאלון זה העתקי תעודות או תצלומים מאושרים ע"י לשכת הבריאות, עו"ד או נוטריון או נציגות קונסולרית ישראלית.

אם התעודות המקוריות אינן כתובות עברית, ערבית או לטינית - יש לתרגם אותן לעברית. נכונות או דיוק התרגום צריכים להיות מאושרים ע"י הנוטריון או עורך-דין השולט בעברית ובשפה ממנה תורגם המקור, או ע"י נציגות דיפלומטית מתאימה.

ז. למילוי ע"י לשכת הבריאות

המבקש הנו בעל תעודת זהות מס' _____ או דרכון מס' _____

שם המבקש כפי שרשום בתעודת הזהות

שם המבקש כפי שרשום בדיפלומה

מעמדו של המבקש בישראל:

אזרח/תושב קבע*

תושב ארעי מסוג א/1

תייר עם רשות עבודה מסוג ב/1

תלמיד מסוג א/2

המבקש קיבל אישור שהייה בארץ עד

שם המבקש כפי שרשום בדרכון*/בתעודת זהות*/באישור השהייה* _____

חותמת וחתימת לשכת

תאריך

הבריאות

* נא למחוק את המיותר.

טופס 3

(תקנה 10)

תעודת רופא

שם הרופא:

פרטי משפחה

מענו:

מס' הבית עיר/ישוב שכונה/רחוב

מספר הרשיון/ההיתר הזמני*: _____ /

הריני מאשר כי ביום _____
בשעה _____

בדקתי את: ת"ז _____

שם פרטי שם משפחה

ב

מקום הבדיקה

ומצאתי כי:

התוצאות המתחייבות מהממצאים הנ"ל הן:

הריני מצהיר כי ידוע לי כי במתן תעודה כוזבת אני צפוי לענישה בהתאם לחוק.

חתימת הרופא

תאריך

* נא למחוק את המיותר.

יעקב מנצ'ל

המנהל הכללי
של
משרד
הבריאות

אני מאשר.

ויקטור שם-טוב

שר הבריאות

[1]. ק"ת 3634, התשל"ז (16.12.1976), עמ' 518.

תיקונים: ק"ת 3829, התשל"ח (23.3.1978), עמ' 947;

ק"ת 4159, התש"ם (28.8.1980), עמ' 2312;

ק"ת 7824, התשע"ז (12.6.2017), עמ' 1197.

//